|  |  |
| --- | --- |
|  | **Departamento de Servicios Infantiles de Tennessee**Auto-reporte médico  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PARA:** | **[ ]  Padre de acogida** **[ ]  Otro adulto** **[ ]  Menor** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Apellido:** |       | **Nombre:** |       | **ID hogar de acogida:** |       |

**SITUACIÓN MÉDICA**

**MEDICAMENTOS Y DOSIS ACTUALES** (Enumere todos los medicamentos recetados y de venta libre

|  |  |
| --- | --- |
| que actualmente está tomando ) |       |
|       |

**HISTORIAL Y FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO**

¿Consume actualmente o consumía en el pasado tabaco o alcohol? [ ]  Sí [ ]  No

|  |  |
| --- | --- |
| Si es así, explique: |       |
|       |

**HISTORIAL Y FRECUENCIA DE CONSUMO DE DROGAS ILEGALES**

¿Consume actualmente o consumía en el pasado drogas ilegales? [ ]  Sí [ ]  No

|  |  |
| --- | --- |
| Si es así, explique: |       |
|       |

**ALERGIAS** (medicamentos, alimentos, picaduras de insectos) [ ]  Sí [ ]  No

|  |  |
| --- | --- |
| Especifique: |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **DIETA ESPECIAL:** |       |

¿Hay alguna actualización médica desde la última evaluación? [ ]  Sí [ ]  No

|  |  |
| --- | --- |
| Si es así, describa: |       |
|       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fecha del último examen físico: |       |  |

**SALUD MENTAL**

¿Ha sido tratado u hospitalizado por una enfermedad mental o pensamientos/intentos de suicidio dentro de los últimos doce meses?
[ ]  Sí [ ]  No

|  |  |
| --- | --- |
| En caso afirmativo, indique las fechas y hospitales: |       |

¿Ha tenido una evaluación psicológica en los últimos doce meses? [ ]  Sí [ ]  No

|  |  |
| --- | --- |
| En caso afirmativo, indique la fecha y el proveedor: |       |

***Solo para los hijos:***

**VACUNAS:**

Vacunas al corriente [ ]  Sí [ ]  No [ ]  N/A

**Otros comentarios:**

|  |
| --- |
|       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Firma: |  | Fecha: |  |