|  |  |
| --- | --- |
|  | **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: |  |