

# **HOJA DE COBERTURA DE LA SALUD DE EHS**

Nombre del Niño \_\_\_\_\_  
CB= Basado en el Centro HB= Basado en el Hogar

	<b>Documentos</b>	<b>Fecha que se Completó</b>	<b>Fecha Ingresada en CP</b> *Dentro de los 5 días que se completó <b>o Escaneado al Departamento de Salud</b>	<b>Seguimiento/Referido</b> *Aregar la acción a CP	<b>Comentarios</b> (Información Específica)
(1)	<b>CHDP/Físico/Examen de Niño Sano</b> (El físico inicial del año deberá ser escaneado con el HDNA)	1._____ 2._____ 3._____ 4._____	1._____ 2._____ 3._____ 4._____	1._____ 2._____ 3._____ 4._____	1._____ 2._____ 3._____ 4._____
(2)	<b>Examen de la Salud, Desarrollo y Nutrición (HDNA)</b>		Escaneado:		
(3)	<b>CSIR</b> (Tarjeta de Vacunas Azul) Copia del Registro de Vacunas del Niño		Ingresado:		
(4)	<b>Examen de la Vista Examen de la Audición</b> (Solo EHS)		Ingresada: Ingresada:	Mirar la parte de atrás del formulario	
(5)	<b>Formulario de Permiso para Aplicar Bloqueador</b> (Solo CB)				
(6)	<b>Formulario para Alergias</b>		Ingresada:		
(7)	<b>Formulario de Medicinas</b>		Ingresada:		
(8)	<b>Otra Información de la Salud (IHPs &amp; INPs)</b>				

**EARLY HEAD START HOJA DE COBERTURA DE LA SALUD**

Nombre del Niño:	IHP	INP
------------------	-----	-----

CHDP (EXAMEN MEDICO): RETENER LA COPIA PARA EL ARCHIVO Y ENVIAR UNA COPIA A LA OFICINA			
Fecha	Proveedor	Seguimiento	Fecha Enviada a la Oficina

REVISIÓN DE ANEMIA			Resultados de la Prueba de Plomo en la Sangre		
Fecha	Resultado	Fecha Enviada a la Oficina		Fecha	Resultado
			12 Meses		
			24 Meses		

FORMULARIO DE ALIMENTACIÓN DEL INFANTE (0-12 Meses)		EVALUACIÓN DEL CRECIMIENTO			
Fecha Completado	Fecha Enviada a la Oficina	Fecha	Estatura	Peso	Fecha de Enviar a la Oficina

REVISIÓN DEL OÍDO DEL RECIEN NACIDO (Haga preguntas para los infantes de 0-6 meses) Usualmente hecha al nacimiento en el Hospital			
Resultados: (Según el reporte del padre)	<input type="checkbox"/> Pasó	<input type="checkbox"/> Necesita Seguimiento	<input type="checkbox"/> No se sabe
REVISIÓN DEL OÍDO: (Requerido cada seis meses para niños de 6 meses - 3 años)			
Fecha Realizada	Resultado	<input type="checkbox"/> Pasó	<input type="checkbox"/> Volver a revisar en dos semanas
Segunda Prueba Realizada	Resultado	<input type="checkbox"/> Pasó	<input type="checkbox"/> Referir
SEGUNDA REVISIÓN DEL OÍDO: (Requerido cada seis meses para niños de 6 meses - 3 años)			
Fecha Realizada	Resultado	<input type="checkbox"/> Pasó	<input type="checkbox"/> Volver a revisar en dos semanas
Segunda Prueba Realizada	Resultado	<input type="checkbox"/> Pasó	<input type="checkbox"/> Referir
OAE	DATE COMPLETED:	RESULTS	RIGHT LEFT
REVISIÓN DE LA VISTA: (Requerida una vez por año para niños de 0-3 años)			
Fecha Realizada	Resultado	<input type="checkbox"/> Pasó	<input type="checkbox"/> Volver a revisar en dos semanas
Segunda Prueba Realizada	Resultado	<input type="checkbox"/> Pasó	<input type="checkbox"/> Referir
SURESIGHT	DATE COMPLETED:	RESULTS	RIGHT LEFT