

HOJA DE COBERTURA DE LA SALUD DE EHS

Nombre del Niño _____

CB= Basado en el Centro

HB= Basado en el Hogar

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

EARLY HEAD START HOJA DE COBERTURA DE LA SALUD

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

CHDP (EXAMEN MÉDICO): 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		
			12 Meses	
			24 Meses	

FORMULARIO DE ALIMENTACIÓN DEL INFANTE (0-12 Meses)	
Fecha Completado	Fecha Enviada a la Oficina

EVALUACIÓN DEL CRECIMIENTO			
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
-----------	-----------------	---------------	------