

El Gravamen del Estado de Salud de Niños Y Expediente Médico Portátil "RETRATO DE MI HIJO/A"

I. INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre de mi hijo/a: _____ Apodo: _____

Fecha de nacimiento: _____ Seguro Social #: _____

Idioma principal hablado en hogar: _____ Fecha en que el formulario fue completado: _____

Niño/a vive con: Familia Biológica Familia Extendida Familia Adoptiva Familia de Acogida Hogar colectivo

• **Proveedores de cuidado de familia Contactos de Emergencia:**

Nombre/ Relación	Hogar #	Trabajo #	Celular #	Compaginador #

Proveedor de cuidado primario (Nombre del pediatra, dirección, teléfono, otros números):

Coordinador de cuidado clínico:

Otros contactos en la oficina PCP:

Encargado de caso: DDD: _____ Teléfono: _____ Otro: _____

Cuidado Acogido: _____ Teléfono: _____ Otro: _____

Otro: _____ Teléfono: _____ Otro: _____

• **Servicios de la comunidad usados:**

WIC Persona de Contacto: _____ Teléfono: _____

DDD Persona de Contacto: _____ Teléfono: _____

CRS Persona de Contacto: _____ Teléfono: _____

ALTCS Persona de Contacto: _____ Teléfono: _____

Cuidado Acogido Contacto: _____ Teléfono: _____

Criando Niños Especiales
Persona de Contacto: _____ Teléfono: (602) 242-4366

Servicios de Descanso
Persona de Contacto: _____ Teléfono: _____

Servicios de Enfermería
Persona de Contacto: _____ Teléfono: _____

CPS Persona de Contacto: _____ Teléfono: _____

- Servicios Escolares

Persona de Contacto: _____ Teléfono: _____

- Otro Persona de Contacto: _____ Teléfono: _____

Diagnosis Primaria y Secundaria:



- Información de Seguro:**

Si el Servicio de Cuidado de Largo Plazo de Arizona (ALTCS) o AHCCCS de cualquier tipo cubre a su hijo/a, es considerado secundario a otro seguro, fideicomiso, etc. Por favor avisenos de cualquier seguro que tenga para su hijo/a para poder ayudarnos a maximizar los beneficios y servicios de su hijo/a.

Nombre, Seguro Social, y Empresario del Asegurado: _____

Dirección si es diferente la del niño/a: _____

Seguro Médico Primario / compañía: _____

Dirección Postal: _____

Número de Póliza: _____

Numero Telefónico: _____

Seguro Médico Secundario / compañía: _____

Seguro Médico Primario / compañía: _____

Número de Póliza: _____

Numero Telefónico: _____

Otro Seguro Médico / compañía: _____

Seguro Médico Primario / compañía _____

Número de Póliza: _____

Numero Telefónico: _____



II. EQUIPO, SUMINISTROS, & SERVICIOS

- Terapias y Servicios Relacionados** No aplica a mi hijo/a

Terapia	Frecuencia	Proveedor	Teléfono	Fecha de comienzo
Física				
Ocupacional				
Habla				
Otro				

- Medicación / Equipo / Suministros / Contactos** No aplica a mi hijo/a



Tipo	Proveedor	Dirección	Teléfono	Fecha de comienzo
Farmacia				
Farmacia				

Medicamentos Respiratorios				
Suministros Respiratorio				
Nutricional / Enteral				
Equipo Durable Médico (EDM)				
Movilidad				
Orto /AFO's				
Respiratoria				
Asistentes de posición				
Silla de Ruedas				
Rehabilitación				
Tech Asistivo				

• **Cuidado Respiratorio**

No aplica a mi hijo/a



Oxígeno: Litros _____ Ruta _____ Fecha de comienzo _____

SVN: Medicación _____ Cantidad _____ Frecuencia _____

Succión: Ruta _____ Tamaño de catéter _____ Frecuencia _____

Traqueotomía: Tamaño / marca _____ Cambio en frecuencia _____

Ventilador: Tipo _____ Posición:IMV _____ SIMV _____
Volumen _____

Presión Alta _____ PEEP _____ índice _____

Pulso Ox: Tipo _____ Posición: Alarma Alta _____ Alarma Baja _____

Apnea Monitor: Tipo _____ Posición: Ritmo Cardíaco Alto _____ Ritmo Cardíaco Bajo _____

Apnea Posición en segundos _____

CPAP: Tipo _____ Posición: Presión _____

Comentarios: _____

III. ESTADO ACTUAL DE INFORMACIÓN SENSORIAL Y



HABILIDAD



- **Visión:**

Ultimo día examinado: _____ Por quien: _____ Donde: _____

Resultados conocidos: _____

Espejuelos Lentes de Contacto Prótesis Otro _____

- **Oído:**

Ultimo día examinado: _____ Por quien: _____ Donde: _____

Tipo de examen/Resultados: _____

Tipo de examen/Resultados: _____

Usa aparato de ayuda Oído derecho Oído izquierdo Ambos



- **Movilidad/Ortodoncia:**

Aparato correctivos: Tipo _____ Ortodoncista _____ Proveído Por _____

Silla de rueda: Tipo _____ Ortodoncista _____ Proveído Por _____

Medidos por _____ Último día medido _____

Andador: Tipo _____ Ortodoncista _____ Proveído Por _____

Funda: Tipo _____ Ortodoncista _____ Proveído Por _____

- **Comunicación:**

Computadora

Lectura de labios

Consejo Comunicación

Servicios de intérprete

Lenguaje por señas (ASL)

Libro de comunicación

Lenguaje por señas (ingles)

Otros

- **Desarrollo de proyección:**

A que nivel de edad esta funcionado su hijo/a: cognitiva _____ destrezas motoras _____

Día examinado _____ Por quien _____ Donde: _____

- **Ambulación:**

Camina independiente

Camina con asistencia

Camina con andador

No-ambulatorio

Usa silla de rueda con asistencia

Motorizada

Usa silla de rueda sin asistencia

Motorizada



- **Direcciones de traslado:**

Independiente

Con asistencia

Equipo Tipo _____

Traspaso de eje

Ascensor de 1 o 2 persona

Otro _____

- **Alimentación:**
 Dieta regular
 Sin asistencia
 Dieta suave
 Asistencia parcial
 Platos o utensilios especiales
 Puré
 Asistencia total

 Comida de picar
 Bomba de alimentación

- **Instrucciones de la dieta especial** **No aplica a mi hijo/a**

Tipo	Ruta	Cantidad/Interario	Fecha de comienzo
<u>Ejemplo</u> Pediasure con fibras	MIK-KEY Botón	240cc bolos 4 X diario y 30cc desde 9:00PM-6:00AM para un total de 4-5 latas diarias	12/31/99

Comentarios: _____

- **Higiene:**
 Sin asistencia
 Asistencia parcial
 Asistencia completa
 Silla o equipo de baño
- **Inodoro:**
 No usa pañales
 No necesita asistencia
 Pañales por la noche
 Asistencia parcial
 Dependiente de pañales
 Asistencia completa

 Programa de cateterización intermitente

 Frecuencia _____ Técnica _____

 Independiente
 Necesita asistencia

 Programa de manejo del intestino



IV. INFORMACIÓN ANCILARIA

Hospital usado típicamente para admisión CRS: _____ Admisión no-CRS: _____

Directivas avanzada No Sí, en donde _____

Poder de Abogacía Médica No Sí, en donde _____

Custodia No Sí, en donde (nombre) _____



• Raza étnica del niño/a: (Marque todos

los que apliquen)

Afro-Americano

Indio Americano

Asiático

Hispano

Isleño Pacífico

Blanco no-hispano

Otra _____

• Preferencia religiosa: _____

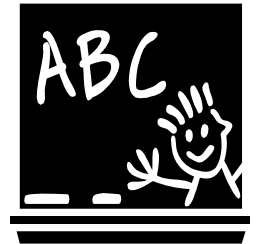
V. INFORMACIÓN ESCOLAR

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Nombre _____ del _____ Maestro:



Enfermera: _____

Asistente especial: _____

Grado/nivel: _____

Tipo de clase: _____

Servicios Especiales: _____

Transportación: _____

Fecha IEP: _____

Goles: _____

• Preocupaciones Escolares

VI. HISTORIA FAMILIAR No es

conocida



Favor de completar la siguiente tabla marcando el cuadrado apropiado incluyendo a los abuelos del niño.

	Padre	Madre	Hermano/a					Abuela	Abuelo	Abuela	Abuelo
Edad											
Edad a la muerte y causa											
Estado de Salud: Excelente, bueno, justo, pobre											
Artritis: Sí o No											
Cáncer: Sí o No											
Diabetes: Sí o No											
Condición Cardíaca: Sí o No											
Enfermedad del pulmón: Sí o No											
Derrame: Sí o No											
Fumador: Sí o No											
Enfermedad mental: Sí o No											
Otro:											

VII. TABLA DE PESO MENSUAL

Fecha/Año	Peso en Libras	Cambio +/-	Fecha/Año	Peso en Libras	Cambio +/-
ENE.			JULIO		
FEB.			AGO.		
MAR.			SEPT.		
ABRIL			OCT.		
MAYO			NOV.		
JUN			DIC.		

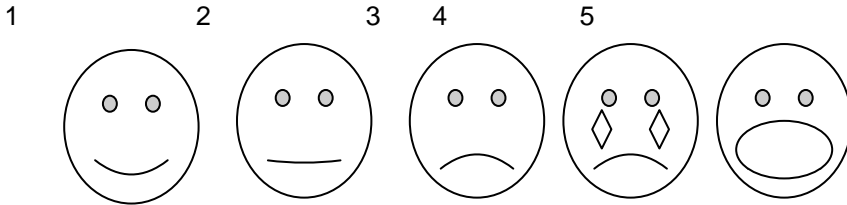

VIII. ENTRADA 1 ESTADO ORIGINAL
FECHA COMPLETADA: _____

El retrato del niño es su documento medico portátil. Apunte el estado original de su hijo/a de la Entrada 1 aquí. De esta manera va a tener documentación de los cambios en el estado de su hijo/a por un año. Hemos incluido una escala de dolor al final de esta página para ayudaría a comunicarle a su medico el dolor de su hijo/a. Si su hijo/a no tiene necesidades especiales en una área especifica ponga "no aplica" o "normal" en el estado normal.

Áreas para revisar:
El estado normal de mi hijo/a es:

Temperatura de la piel	
Color de la piel	
Sarpullido	
Drenaje	
Ritmo Cardíaco	
Nariz	
Ojos	
Oídos	
Fontanales	
Ataques	
Destrezas verbales	
Nivel de actividad	
Respiración	
Dependiente a ventilación/Traqueotomía/C-Pap	
Oxígeno	
Destrezas motoras	
Extremidades superiores	
Extremidades inferiores	
Heces	
Orine	
Alimentación	
Comportamiento/apetito recurso	
Lugares de Otomía	
Comportamiento/Actitud	
Hábitos de Sueños	
Temperatura	
Azúcar Sanguínea	
Otro	





Usted es el mejor defensor de su hijo/a. Mantenga Documentos Buenos.

Escala de Clasificación de Dolor

IX. REGISTRO DE INMUNIZACIÓN Y ALERGIA

Nombre del niño/a: _____

Firma del médico: _____



Inmunización	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Reacción alguna	Médico
Difteria-Tétano (DT)							
Difteria-Pertussis-Tétano (DPT)							
Tétano							
Polio (OPVIPV)							
Sarampión-Paperas-Rubéola (MMR)							
Sarampión-Rubéola (MR)							
Paperas							
Rubéola (Sarampión de 3 días)							
Hemofilia Influenza (HIB)							
Hepatitis A							
Hepatitis B							
Varicela							
Rota virus							
Pneumovoccal (Pneumovac)							
Pneumococcal Conjugada							
Influenza							

- Registro de exámenes de la piel

Examen	Fecha	Resultado	Proveedor
Examen de recién nacido			
Tuberculosis(TB)			

