**LISTA DE CONTROL DE EVALUACIÓN MÉDICA PARA EI/ECSE**

Estimado Padre, Madre o Tutor:

La información en este cuestionario nos ayudará a saber si la salud de su hijo está afectando su desarrollo y a planear la prestación de servicios de intervención temprana.

(Proporcione detalles para todas las preguntas a las que responda SÍ)

Nombre del niño: Fecha de nacimiento: Contratista

Fecha en que se completó: Persona que lo completa:

Idioma principal: Relación con el niño:

Razón de la derivación a EI/ECSE:

1a. Sí No ¿Hubo alguna complicación durante el embarazo, el parto o el alumbramiento?

🞏 🞏 En caso afirmativo, explique

1b. Sí No ¿Tuvo su hijo alguna dificultad grave al nacer?

🞏 🞏 En caso afirmativo, explique

2a. Sí No ¿Tiene alguna preocupación acerca de la alimentación o crecimiento de su hijo?

🞏 🞏 En caso afirmativo, explique

2b. Sí No ¿Está su hijo haciendo una dieta especial?

🞏 🞏 En caso afirmativo, explique

2c. Sí No ¿Tiene su hijo dificultad al comer (tal como atragantarse, sentir náuseas,

🞏 🞏 toser, vomitar o lentitud para terminar una comida)?

En caso afirmativo, explique

2d. Sí No ¿Requiere su hijo técnicas especiales de alimentación (tal como utensilios

🞏 🞏 adaptados o posiciones especiales)?

3. Sí No ¿Tiene su hijo antecedentes de problemas neurológicos (tal como

🞏 🞏 convulsiones, epilepsia, debilidad muscular, hidrocefalia o parálisis cerebral?

En caso afirmativo, explique

4. Sí No ¿Tiene su hijo un problema ortopédico (tal como escoliosis, deformidad de

🞏 🞏 mano o pie o dislocación de la cadera)?

En caso afirmativo, explique

5. Sí No ¿Tiene su hijo algún defecto de nacimiento o problema genético (tal como

🞏 🞏 paladar hendido, defecto cardiaco o síndrome de Down)?

En caso afirmativo, explique

6a. Sí No ¿Tiene su hijo antecedentes de enfermedad crónica (tal como diabetes,

🞏 🞏 asma o problemas renales)?

En caso afirmativo, explique

6b. Sí No ¿Ha sido su hijo hospitalizado, tenido alguna cirugía o lesión grave?

🞏 🞏 En caso afirmativo, explique

7a. Sí No ¿Tiene alguna preocupación acerca de la audición de su hijo?

🞏 🞏 En caso afirmativo, explique

7b Sí No ¿Le han hecho a su hijo un examen auditivo?

🞏 🞏 En caso afirmativo especifique dónde, cuándo y cuáles fueron los resultados.

7c Sí No ¿Tiene su hijo antecedentes de infecciones de oídos frecuentes o crónicas o

🞏 🞏 tubos en los oídos?

8. Sí No ¿Tiene su hijo problemas de visión o usa anteojos?

🞏 🞏

9a Sí No ¿Usa su hijo equipo adaptativo, tal como silla de ruedas, bipedestador en prono

🞏 🞏 o dispositivos ortopédicos?

En caso afirmativo, especifique.

9b. Sí No ¿Necesita su hijo algún otro tratamiento médico diario (tal como

🞏 🞏 alimentación por gastrotomía, cateterización intermitente)?

En caso afirmativo, explique

9c. Sí No ¿Es necesario hacer algunos de estos tratamientos en la escuela?

🞏 🞏

10a. Sí No ¿Toma su hijo medicación todos los días?

🞏 🞏 En caso afirmativo liste los medicamentos y cualquier efecto secundario que

tengan o que el personal escolar debería saber

10b. Sí No ¿Necesita su hijo recibir la medicación en la escuela?

🞏 🞏

11. Sí No ¿Es su hijo alérgico a algún medicamento, alimento u otra sustancia?

🞏 🞏 En caso afirmativo especifique y describa los síntomas y el tratamiento necesario

Tratamiento necesario

12. Sí No ¿Tiene alguna otra preocupación acerca de la salud de su hijo?

🞏 🞏 En caso afirmativo, explique

13a. ¿Quién es el proveedor de atención primaria de su hijo (médico, enfermera, clínica médica, etc.)?

Nombre:

Dirección:

13b. ***Para niños de 3 años de edad o mayores.*** ¿Quién es u dentista?

Nombre:

Dirección:

Su hijo tendrá que cumplir con ciertos requisitos de vacunación (documentación o haber recibido vacunas específicas, o una exención por razones religiosas o médicas) para asistir a la escuela en Oregón (incluso a la guardería o al preescolar). Esté preparado para proporcionar esta información al programa en el que esté inscrito su hijo.