



HeadStart, Trabajadores Migratorios y de Temporada - Lista Para Revisar Salud Diaria

Clase _____

Fecha: _____

Nombre del Niño	<u>Apariencia General</u> Cansado Letárgico Tranquilo Malhumorado Activo Sin Problemas	<u>Piel</u> Rojiza Pálida Salpullido Herida Cortada Quemada Mordida	<u>Cabeza</u> Golpes Piojos Infección Pérdida de Cabello	<u>Ojos</u> Goteo claro Secreción gruesa Rosada Hinchados	<u>Oídos</u> Secreción Se hala orejas Pérdida de audición	<u>Naríz</u> Congestión Goteo Estornudo Sangre	<u>Boca/ Garganta</u> Hechando dientes Respira por boca Manchas blancas Ronco Dolor de Garganta	<u>Cuello</u> Tieso Nódulos hinchados	<u>Pecho</u> Tos Respira con dificultad Problemas respiratorios	<u>Estomago (abdomen)</u> Dolor Vómitos	<u>Defecar</u> Doloroso Duro Suelto Líquido Verde Sangre Mucosidad Maloliente	<u>Orina</u> Doloroso Frecuente Maloliente Oscura

Firma del que completa el formulario: _____