



# Hoja de Seguimiento Para Servicios de la Salud - (Edades 6 Semanas hasta 24 meses)

Programa del Año: \_\_\_\_\_ Salón de Clases: \_\_\_\_\_ Nombre del Centro: \_\_\_\_\_

M, C, or 1	Nombre del Niño Fecha de Entrada / Fecha de Salida	DOB	Physical per Lic. (Y/N)?	Examen del Bebé		Examen del Bebé		Examen del Bebé		Examen Dental (si se indica)		HCT / HGB (a los 9 meses)		Plomo (a los 12 meses)		TB		Estatura / Peso	Historial de Salud	Nutrición Fecha / Evaluación. Fecha de Registro en WIC? (Sí=W)							
				Ultima Fecha	Próxima Fecha	Ultima Fecha	Próxima Fecha	Ultima Fecha	Próxima Fecha	Ultima Fecha	Próxima Fecha	Ultima Fecha	Próxima Fecha	Ultima Fecha	Próxima Fecha	Ultima Fecha	Próxima Fecha	Fecha	Fecha								
1				F N	F B	F C	F N	F B	F C	F N	F B	F C	F N	F B	F C	P	F	R	P	F	R	N	P	R			
2				F N	F B	F C	F N	F B	F C	F N	F B	F C	F N	F B	F C	P	F	R	P	F	R	N	P	R			
3				F N	F B	F C	F N	F B	F C	F N	F B	F C	F N	F B	F C	P	F	R	P	F	R	N	P	R			
4				F N	F B	F C	F N	F B	F C	F N	F B	F C	F N	F B	F C	P	F	R	P	F	R	N	P	R			
5				F N	F B	F C	F N	F B	F C	F N	F B	F C	P	F	R	P	F	R	P	F	R	N	P	R			
6				F N	F B	F C	F N	F B	F C	F N	F B	F C	F N	F B	F C	P	F	R	P	F	R	N	P	R			
7				F N	F B	F C	F N	F B	F C	F N	F B	F C	F N	F B	F C	P	F	R	P	F	R	N	P	R			
8				F N	F B	F C	F N	F B	F C	F N	F B	F C	F N	F B	F C	P	F	R	P	F	R	N	P	R			



### Hoja de Seguimiento Para Servicios de la Salud - (Edades 6 Semanas hasta 24 meses)

Seguimiento es Necesario / Fecha del Plan(es)	Progreso Para Completar el Plan de Seguimiento	Nombre y Número de Teléfono del Médico del Niño	Medicaid o Número de Seguro de Salud	Transición	Fecha que se Dieron los Registros a los Padres
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					



## Hoja de Seguimiento Para Servicios de la Salud - (Edades 6 Semanas hasta 24 meses)

Lado Uno:

Columna Dos: Escriba el nombre del niño, debajo escriba las fechas de registro y salida. Si el niño deja el programa y luego se registra de nuevo, también escriba las fechas del segundo registro y salida.

M/C/I: Bajo la columna del nombre del niño, escriba una M cuando el niño tiene el Programa Medicaid, una C si el niño tiene CHIP, o una I si el niño tiene seguro de salud privado. Si el niño tiene más de una cobertura, escriba las letras apropiadas. Si el niño está registrado en el programa antes de registrarse en MHS, circule la letra apropiada. (Esta información se necesita para PIR).

FDN (fecha de nacimiento): Escriba la fecha de nacimiento del niño.

Columna Cuatro: Escriba S (Sí) si el niño tiene un examen médico en registro por regulaciones de licencia. Escriba N (No) si el niño no cumple este requisito. Si es N, entonces el servicio es prioridad.

Examen Físico Niño Saludable: Los bebés requieren un examen físico Niño Saludable (Well Child Text) a los 2 meses, 4 meses, 6 meses, 9 meses, 12 meses, 15 meses, 18 meses y 24 meses. Después de 2 años de edad un niño requiere exámenes de salud anuales. Escriba la fecha del último examen bajo "Última Fecha". Determine cuándo debe hacerse el próximo examen y escríbalo debajo de "Próxima Fecha". Si el niño necesita seguimiento (ejemplo, tratamiento) encontrado en el último examen, complete "F", encasillado en rojo. Cuando empieza el seguimiento, complete el encasillado "FB". Cuando se completó el seguimiento, complete el encasillado "FC". Haga arreglos para el próximo examen y continúe el seguimiento.

Dental: Se requiere un examen dental anual hecho por el dentista empezando a la edad de 2 años. Se puede indicar un examen para un niño menor de 2 años de edad cuando hay deterioro dental o el médico refiere al dentista en el momento del examen médico. Si el niño es menor de 3 años y no se indica un examen, escriba N/A en el encasillado. Si se indica un examen, escriba la información del examen dental como se describe en las instrucciones de Examen Físico Niño Saludable (Well Child Exam).

HCT/HGB: Se recomienda una prueba de anemia a los 9 meses y después, anualmente. Determine cuándo se debe hacer y haga los arreglos para el examen a su debido tiempo. Haga el seguimiento como se describe en las instrucciones de Examen Físico Niño Saludable.

Plomo: Los niños que viven en entornos de alto riesgo deben examinarse empezando a los 12 meses. Los niños de trabajadores migratorios son considerados alto riesgo. Determine cuándo debe hacer el examen y haga arreglos. Haga el seguimiento.

TB: Se recomienda hacer la prueba de tuberculina por el método MANTOUX para niños de alto riesgo empezando a los 12 meses. Los niños trabajadores migratorios son considerados alto riesgo. Marque el encasillado apropiado. "N" = Negativo, "P" = Positivo, "R" = Referido. Si el niño ha tenido por lo menos una prueba negativa, que el determine si es necesario otra prueba. Si es no, escriba "no indicado" en el formulario del examen.

Altura / Peso: Escriba la fecha en que inicialmente se midió la estatura y el peso en el cuadro de crecimiento.

HM (Historial Médico): Escriba la fecha del historial médico inicial o anual. Esto puede ser hecho por el proveedor de cuidado médico y obtener una copia para el registro o expediente del niño. Si no, el personal de Head Start debe entrevistar a los padres y completar el formulario que se encuentra en el Manual de Procesos de Salud.

NU: Escriba la fecha de la entrevista preliminar de nutrición. Esto se puede hacer por medio de WIC y obtenga una copia para el registro del niño. Si no, el programa HSC debe entrevistar a los padres y complete el formulario en el Manual de Procesos de Salud. Si el niño no está registrado en C, el nutricionista del programa hace la evaluación de nutrición.

Lado Dos

Seguimiento: Anote las necesidades que requieren seguimiento como se indica en el otro lado de la página. Anote la fecha del plan escrito de seguimiento. (Ejemplo, necesita tratamiento dental, plan 7/9/02.)

Progreso: Escriba una nota breve sobre el progreso hecho para completar el plan de seguimiento escrito. (E.G., Cita Dental Hecha. Primer Tratamiento hecho. 7/22/02. Segundo Tratamiento hecho, Todo ha sido completado - 8/1/02).

Nombre y Número de Teléfono del Médico: Escriba el Nombre y Número de Teléfono del Médico que la familia del niño tiene en Illinois.

Número de Medicaid o de Seguro Médico: Escriba el número de tarjetas de medicaid o seguro médico del niño.

Transición: Escriba una nota breve sobre necesidades y fechas de registros de transición y a quién (Ejemplo, examen de bebé vencido, registros enviados al garante para Texas - 10/25. O, tratamiento dental incompleto, registros enviados a Florida programa MHS - 9/29. O, transición para Kinder, registros enviados a la escuela Lincoln - 8/20).

Registros entregados a los Padres: Escriba la fecha que se entregaron los registros del niño a los padres antes de irse. Recuerde que los padres deben firmar el recibo de registros.