



Safe
Center

Preguntas Previas a la Vista

University of Mississippi Medical Center

Nombre del paciente:

Persona que llena formularios: _____

Bases para la visita: marque todo lo que aplica

Por favor traiga todos los papeles de identificación. Incluyendo pero no limitado a: identificación con foto, documentos judiciales, Tarjetas de seguro, tarjetas de Medicaid, registros médicos previos relacionados con el caso, y fotografías.

Me preocupa el ABUSO SEXUAL

porque:

- El niño tiene conductas sexualizadas
- El niño alrededor de un perpetrador conocido o sospechoso
- El niño tiene lesiones en el ano o los genitales
- El niño me dijo o alguien más
- El niño ha sido entrevistado en CAC
- Yo o algún otro testigo
- El sospechoso dijo que abusó del niño
- El niño tiene infección sexual
- Un niño en el mismo hogar tiene infección sexual El niño está embarazado
- El niño ha recibido un "kit de violación"
- No estoy preocupado

Me preocupa el ABUSO FÍSICO

porque:

- El niño me dijo o alguien más
- El niño ha sido entrevistado en CAC
- El niño tiene lesiones
- El niño ya ha visto a un médico o enfermera
- El niño alrededor de un perpetrador conocido o sospechoso
- Yo o alguien más fui testigo
- No estoy preocupado

Estoy preocupado por NEGLECT

porque:

- El niño pierde peso o siempre tiene hambre
- El niño no recibe la medicina o el tratamiento necesarios
- El niño no va a la escuela
- El niño no tiene lugar para vivir
- Yo o alguien más fui testigo
- No estoy preocupado

¿Alguien tiene audio, video o

Imágenes que muestren lesiones o abuso

¿niño?

- Si, audio
- Si, video
- Si, foto



Safe
Center

University of Mississippi Medical Center

Información del tutor legal:

Nombre del tutor legal: _____

Relacion hacía el niño: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Número de teléfono:: (_____) _____

¿Cuál es el mejor momento para ponerse en contacto con el tutor legal con respecto a la cita y los resultados del laboratorio::

Historial médico:

Proveedor de cuidado primario del niño (incluya la ciudad donde fue visto):

Sub-especialistas médicos del niño (incluye especialidad y ciudad):

¿Cuándo fue la última visita médica y por qué?

DIETA:

2500 North State Street, Jackson, MS 39216



Safe Center

University of Mississippi Medical Center

¿Hay algún alimento que su niño NO pueda comer? SI NO _____

¿El niño es alimentado actualmente con leche materna (leche materna) o fórmula para lactantes? SI NO _____

En caso afirmativo, ¿cuál? _____

MEDICAMENTOS ACTUALES:

Nombre del medicamento Dosificación Para qué Prescriptor

ALERGIAS:

Por favor incluya todas las alergias a los alimentos y medicamentos y qué reacción ocurre _____

VACUNAS:

¿Están actualizadas las vacunas de los niños? SI NO

Si no, ¿qué falta? _____

Si el niño tiene al menos 9 años de edad, ¿ha recibido el niño la vacuna contra el VPH?

SÍ NO UNK _____

PROBLEMAS MÉDICOS:

Incluya todos los problemas pasados y actuales importantes _____



Safe
Center

University of Mississippi Medical Center

HEMBRAS:

Si el niño ha iniciado su ciclo menstrual, ¿cuántos años tenía para su primer ciclo? ____

¿Cuándo fue el día del inicio del ciclo menstrual del niño? _____

¿Está embarazada ahora? SI NO ¿Niña embarazada en el pasado? SI NO _____

*Si el niño está en su ciclo menstrual en el momento de su visita programada, por favor infórmelo a
Children's Safe Personal del Centro por teléfono 601-815-0157 para que se pueda reprogramar la cita*

HISTORIA DEL NACIMIENTO DEL NIÑO:

¿Fue el embarazo del niño? PLANEADO o SORPRENDENTE _____

¿Alguna vez consideró la familia no tener hijos o dar a luz para adopción? SI NO _____

Dónde nació el niño (nombre del hospital y ciudad): _____

¿Nació el niño? EARLY o ON TIME o LATE _____

Cuántas semanas: _____ ¿Algún problema con el embarazo? _____

¿Cómo fue entregado el niño? VAGINAL o C-SECCIÓN _____

CONTINÚA LA HISTORIA DEL NACIMIENTO DEL NIÑO

Si c-sección, ¿cuál fue la razón? _____

¿OB tuvo que usar FORCEPS o VACUUM para entregar al bebé? SI NO _____



Safe Center

University of Mississippi Medical Center

¿Hubo alguna complicación en el parto? SI NO _____

Peso al nacer: _____ Duración del nacimiento: _____

¿Hubo algún problema después del nacimiento? SI NO _____

¿Cuántos embarazos totales (incluyen abortos espontáneos y abortos) para la madre? _____

¿Cuántos hijos vivos tiene la madre? _____

¿Cuántos abortos o abortos ha tenido la madre? _____

DESARROLLO:

Círculo lo que su hijo puede hacer: sostiene la cabeza arriba se sienta scoots arrastra a tirones destacan Paseos corre patadas bola sube escaleras alternando pies peddles triciclo

HOSPITALIZACIONES:

¿Alguna vez ha sido hospitalizado durante la noche desde el nacimiento? SI NO _____

¿Si sí, cuándo? _____ ¿Para qué? _____ ¿Dónde? _____

CIRUGÍAS:

¿Ha tenido algún niño alguna cirugía (incluida la circuncisión)? SI NO _____

¿Si sí, cuándo? ¿Qué cirugía? ¿Que hospital?



Safe
Center

University of Mississippi Medical Center

VISITAS DE LA SALA DE EMERGENCIA:

¿Alguna vez tuvo que ir a la sala de emergencias por un accidente? SI NO ¿Si sí,
cuándo? ¿Para qué? ¿Que hospital?

Preguntas Previas a la Visita 6 de 10

Historia social:

Dirección donde reside el niño:

¿Cuánto tiempo ha vivido el niño allí:

¿Con quién vive el niño:

Enumere a todos los que viven en la casa al menos dos días a la semana

Nombre

Años

Relacion hacía el niño:



Safe Center

University of Mississippi Medical Center

¿El niño asiste a una guardería o después de la escuela? SI NO _____

En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre de la instalación:

¿A qué escuela asiste el niño? _____ ¿Qué grado? _____

unesdoc.unesco.org unesdoc.unesco.org ¿Cómo está el niño en la escuela?

¿Tiene el niño alguna discapacidad de aprendizaje? SI NO _____

¿El niño fuma? SI NO _____ ¿Abuso de drogas para niños? SI NO _____

¿Dónde duermen los niños? _____ CUNA CUNA INFANTIL NIÑO CAMA CAMA

PARA ADULTOS _____

¿El niño duerme con alguien más? SI NO _____

¿Se baña el niño por sí mismos? SÍ NO ____ ¿Está supervisado el baño? SI NO _____

¿El niño usa el asiento para el automóvil, el asiento elevador o el cinturón de seguridad cuando está montado en un automóvil? SI NO _____

¿Usa el niño casco cuando monta en bicicleta? SI NO _____

La historia social continuó:

¿El hogar del niño tiene una piscina o un lago cerca? SI NO _____

¿El hogar del niño tiene detectores de humo? SI NO _____

¿Hay un plan de prevención de envenenamiento en el hogar del niño? SI NO _____

¿Hay armas en el hogar del niño? SI NO _____



Safe Center

University of Mississippi Medical Center

¿Está el niño expuesto al abuso de drogas? SI NO _____

¿Está el niño expuesto al humo del cigarrillo? SI NO _____

¿Cómo disciplina a los niños? Por favor describa.

¿Alguna vez el niño ha estado aconsejando? SI NO _____

¿Alguna vez el niño ha sido abusado física, sexual o emocionalmente antes? SI NO ____

Visita del centro de seguridad para niños

¿Qué sabe el niño acerca de venir a la cita de su Centro de Niños Seguros?

¿Cómo se siente el niño al venir al Children's Safe Center? _____

Por favor, liste todas las agencias involucradas y cualquier número de teléfono o información de contacto.



Safe Center

University of Mississippi Medical Center

¿Quién es el trabajador social de CPS del niño?

¿Quién es el policía? _____

¿Ha estado el niño en un Centro de Defensa de Niños para una entrevista? SI NO _____

Si sí, ¿cuándo y dónde?

¿Ha tenido un niño un examen médico previo relacionado con el caso ACTUAL?

SI NO _____

Si sí, ¿cuándo y dónde? _____

¿Tiene alguna pregunta sobre la visita del Children's Safe Center?

Revisión de sistemas:

Por favor marque todos los que apliquen:

General los cambios de peso Trastorno genético o hereditario Ojos Gafas o utilizado

pérdida de la visión, visión borrosa Oídos, nariz, boca y garganta pérdida de la audición

2500 North State Street, Jackson, MS 39216



Safe Center

University of Mississippi Medical Center

- sangrado de la nariz llagas bucales Problemas dentales Sangre respiratoria Tos

- Dificultad para respirar Enfermedades del corazón Cardiovascular

- gastrointestinales Vómitos Dolor abdominal Diarrea Estreñimiento

- Sangre en las heces Suciedad durante el día Genitourinario Dolor al orinar

- pene / vagina o herida infectada Sangre en la orina

- Enuresis Incontinencia urinaria durante el día Infección de transmisión sexual

- Musculoesquelético conjunta de problemas problema muscular

- problema de los huesos Erupciones cutáneas marcas de nacimiento

- Quemaduras Cicatrices Puntadas contusiones Neurológicos

- Dolor de cabeza Convulsiones Trauma Mareos Cabeza Confusión

- Pérdida de memoria Dificultad para caminar Temblor Psiquiátrica Depresión Lucha

- intento de suicidio Psiquiátrica Hospitalización Suspensión / expulsión de la escuela

- Problema de disciplina Hematológica fácil aparición de moretones / sangrado

- Hx de las transfusiones

- Ninguna de las anteriores se aplican

2500 North State Street, Jackson, MS 39216



Safe
Center

University of Mississippi Medical Center

Historia social individual para padres / cuidadores

Por favor complete una hoja separada para **AMBOS PADRES, TODOS LOS CUIDADORES, y TODOS LOS ADULTOS (18 o mayores)** individuos que viven en el hogar con el niño. Deje en blanco si la respuesta es desconocida.

Nombre del padre, cuidador o miembro adulto del hogar: Padre / Cuidador o miembro del hogar adulto (circule uno) Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

Estado Civil: SOLO CASADO / REMARRIADO SEPARADO DIVORCIDO VENCIDO (circule uno)

El mas alto nivel de educación: _____

¿Actualmente trabajando? Si o no _____

¿Ocupación? _____

¿Dónde trabajo? _____

¿Por cuánto tiempo en el trabajo actual _____

¿Alguna vez ha abusado de esta persona antes (esto incluye abuso físico, abuso sexual, violencia doméstica, negligencia) como un niño? Si o no _____

¿Como un adulto? Si o no _____

¿Esta persona ha estado involucrada con la protección estatal del niño antes? Si o no _____

¿Esta persona fue acusada de abuso o negligencia? Si o no _____

¿Se encontró que esta persona fue abusada o descuidada de un niño? Si o no _____

¿Alguna vez ha sido arrestado o acusado de un crimen? Si o no _____

¿Para qué? _____

¿Utiliza esta persona productos de tabaco? SÍ o NO _____ ¿La persona usa alcohol? SÍ o NO _____

¿Abusa de drogas? Si o no _____

¿Tiene una enfermedad mental diagnosticada o una historia de enfermedad mental?

Si o no
