



# KAN Be Healthy -Temprano y Periódico Chequeo, Diagnostico, y Chequeo de Tratamiento

Numero de ID:

Nombre	Fecha de nacimiento	Edad	Fecha de chequeo

## CRECIMIENTO FISICO (Actualización del crecimiento físico es requerido en cada chequeo.)

<b>T</b>	<b>Peso</b> (lbs./kg)	%		<b>Circunferencia de cabeza</b> (Nacimiento-24 meses)
<b>P</b>	<b>Largo</b> (cm/in) Nacimiento-24 meses		<b>Peso/Largo</b> %	cm/in
<b>R</b>	<b>Estatura</b> (cm/in) (2-20 años)			%
<b>BP</b>	<b>BMI*</b> (índice de masa corporal)	%	Hombre <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>

\*Si el BMI es más o igual al 85%, recomendamos aporte de nutrición apropiada y actividad física.

## BENEFICIARIO E HISTORIA FAMILIAR

<b>Consulte la forma historial completa en grafica</b> <input type="checkbox"/>	<b>Preocupación actual</b>
<b>No hay cambios Hx (Historia) a menos que se indique.</b> <input type="checkbox"/>	
<b>Paciente actualmente está en cuidado temporal, no hay Hx.</b> <input type="checkbox"/>	<b>Medicamentos</b>
<b>Hx anterior revisado de visita en:</b>	
<b>Alergias</b> (comida o medicamento)	<b>Enfermedad grave/Accidentes</b> (Si hay, fecha y tipo.) (incluya hospital y visitas de emergencia)
<b>Historial del parto</b> (medidas y complicaciones)	<b>Operaciones</b> (Si hay, fecha y tipo.)

## Enfermedades y Complicaciones (Circule e indique el parentesco: P - padres, G - abuelos, B - hermanos, S - hermanas, MISMO/A.)

Asma	Cátaro/dolor de garganta	Epilepsia/convulsiones	Enfermedad de Pulmón	Habla/visual/auditivo
Malformación Congénita	Diabetes	Dolor de Cabeza	Enfermedad Mental	Úlcera/colitis
Trastorno de Sangre/célula falciforme	Drogas o abuso de ETOH (alcohol)	Presión Alta	Obesidad	Urinario/intestinos
Cáncer	Dolor de oído	Enfermedad de Riñón/hígado	Escoliosis/artritis	Cardiopatía/derrame cerebral

## SYSTEMA DEL CUERPO (Marque y complete apropiadamente.)

SYSTEMAS	WNL	ABN	Comentarios (describa si encontró algo anormal)
Apariencia General			
Tegumentario			
Cabeza/ Cuello			
Ojos/oídos/nariz/garganta			
Oral/dental			
Pulmonar			Sonidos de pulmón?
Cardiovascular			Murmullo?
Abdomen/gastrointestinal			
Genitourinario			Marcador Tanner      Evolución menstrual sangrante      Enuresis
Tronco/espina dorsal			
Musculo esquelético			
Neurológico			

## LABORATORIO/INMUNIZACION (Circule y complete como aplique.)

Siga el recomendado horario de inmunización aprobado por ACIP, AAP, and AAFP.

<b>Copia de dráfica de registro:</b>	Solicitado por cual padre	Referido al proveedor de VFC (vacunas para niños)	Actual	Atrasado	Desconocido
<b>Inmunización dada hoy:</b>					
<b>Obtener CB</b> con diferencial automático	Hombre –15 años	Mujer – cuando menarquia	9-12 meses	Anual*	

\*Requerido dependiendo en el tipo de vida y necesidades de salud. Refiérase al manual de proveedor de KBH - EPSDT.

CBC fue obtenido? SI  NO  Indique si seguimiento con su plan de salud.

<b>El Cuestionario de Plomo en la Sangre es un documento separado.</b>	
<input type="checkbox"/> Chequeo negativo	<input type="checkbox"/> Chequeo positivo – extraer nivel de sangre



# KAN Be Healthy -Temprano y Periódico Chequeo, Diagnostico, y Chequeo de Tratamiento

## CHEQUEO DE VISION

<b>Edades 0-3:</b> reflejo de luz corneal presente SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<b>Edades 3-20</b> Examen de Bruckner Aprobado <input type="checkbox"/> Referir <input type="checkbox"/>
<b>Todas edades</b> Inspección externa	Calificación de distancia aguda I _____ D _____ Ambos _____ Herramienta usada _____
Rastreo de Ojo	Calificación de aguda cerca I _____ D _____ Ambos _____ Herramienta usada _____
Motilidad ocular (Estrabismo/prueba de oclusión cruzada)	Ultimo examen _____

## DENTAL

Se le recomienda servicios preventivos y tratamientos orales empezando de 6-12 meses de edad y repetir cada 6 o más si es necesario.

Ve al dentista? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Barniz de flúor? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Fecha de su último examen dental:	Referencia dental:

## CHEQUEO AUDITIVO

Mantenga registro de chequeos auditivos completas en papel y reporte o procedimiento de chequeos auditivos calificases y reportes.

<b>Nacimiento-4 años</b>	Indicadores de alerta de pérdida de audición y escuchar escalas de desarrollo	Aprobado <input type="checkbox"/> Referir <input type="checkbox"/>
<b>4-21 años</b>	Historia de la salud auditiva:	Aprobado <input type="checkbox"/> Referir <input type="checkbox"/>
Procedimiento de chequeo _____		

## NUTRICION

Participante de WIC <input type="checkbox"/>	Referir a WIC <input type="checkbox"/>
Formula <input type="checkbox"/> Amamantamiento <input type="checkbox"/>	Cantidad y frecuencia _____

### Numero de porciones al día

Pan/cereal _____	Fruta _____	Vegetables _____	Fuente de Proteína _____	Lechería _____	Grasa/dulces/azúcar _____
------------------	-------------	------------------	--------------------------	----------------	---------------------------

### Ingesta de líquidos por día (onzas)

Agua _____	Leche _____	Soda/Refresco _____	Jugo _____
------------	-------------	---------------------	------------

## ACTIVIDAD FISICA (circule todas las que aplique)

Ciclismo _____	Baloncesto _____	Patinar _____	Caminar _____	Otros Deportes _____	Jugar Afuera _____
----------------	------------------	---------------	---------------	----------------------	--------------------

## DESARROLLO/EMOCIONAL Referir a ACIP, AAP, and AAFP para herramientas de desarrollo recomendadas.

Herramienta de desarrollo completa (indique la herramienta usada): \_\_\_\_\_

<b>Nacimiento-6 años</b>	Incluya la interpretación del paciente y reporte en referencia a desarrollos en juntas
<b>6-21 años</b>	Incluya la interpretación del paciente y reporte o documento todo desarrollo/ emocional abajo

Hábitos de dormir _____	Cansado/hiperactiva? _____	Educación especial _____
Disciplina _____	Preocupación vocacional? _____	Necesidades especiales _____
Nivel de grado _____	Promedio de grados _____	Ejercicio _____

Observaciones emocionales \_\_\_\_\_

## Embarazada? NO SI Si si, conteste lo siguiente:

Vitaminas prenatales? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Grafica prenatal iniciada? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fue referida a un obstetra? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
---	--	---

Referida a: \_\_\_\_\_

## EDUCACION DE SALUD & ORIENTACION ANTICIPADA (circule todas las que aplique)

Conducta/disciplina _____	Inmunización _____	Oral/dental _____	Seguridad de armas _____	Desarrollo _____	Actividad física _____	Ejercicio _____	Nutrición _____
Autoexamen testicular _____	Auto examen de los senos _____	Sexualidad _____	Seguridad/venenos _____	Crianza de los hijos _____	Planificación familiar _____	Abuso de sustancias _____	Tipo de vida _____
Otras _____							

## RESULTADOS/ PLAN DE CUIDADO

Resultados del chequeo _____
Plan/referencia (dental, visión, auditivo, dietético) _____
Recomendado fecha de retorno _____

Padre/cuidador y/o paciente informado de KBH - EPSDT resultados del chequeo y vocaliza SI  NO

entendimiento de resultados y recomendaciones.

Firma de padre/cuidador o paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del proveedor que realizo el chequeo \_\_\_\_\_

Medico con licencia, ARNP, PA, o enfermera registrada puede hacer los KBH - EPSDT chequeos.