San Diego Unified School District
Early Childhood Education Programs
California School-Age Families Education Program (Cal-SAFE)
INFANT/TODDLER HEALTH RECORD

Name of Baby: _____ Male___ Female___ School_____

Date of Birth: _____Pediatrician: _____

To be completed by pediatrician: Result of examination (if normal, leave blank)

Height_____ Weight_____
Nutrition_____
Eyes_____
Ears_____
Throat_____
Mouth_____
Teeth_____
Lymph Glands_____
Lungs_____
Heart_____
Abdomen_____
Allergies_____

Genitalia_____
Extremities_____
Back_____
Reflexes_____
Speech_____
Fine Motor_____
Gross Motor_____
Other Findings_____
Recommendations_____
Referrals_____
_____
TB Contact in Family? Yes____ No_____

Physician's Signature/Stamp: _____ Date: _____

To be completed by Parent: MEDICAL AND DEVELOPMENT HISTORY:

	YES	NO	N/A		YES	NO	N/A
1. Birth Weight lbs.____ oz.__	----	---	----	15. Frequent ear infections?			
2. No. of previous births? ____	----	---	----	16. Frequent colds?			
3. Any illness or complications during pregnancy?				17. Problems with walking or running?			
4. Any complications during labor or delivery?				18. Convulsions, seizures, fits, fainting?			
5. Was your baby unusually active or quiet?				19. Any brothers or sisters with serious birth defects?			
6. Was baby slow in walking, crawling?				20. Has baby been hospitalized or had a serious accident?			
7. Was baby slow in talking?				21. Has baby had a hearing test?			
8. Problems with feeding?				22. Wears a hearing aid?			
9. Any abnormalities in the baby?				23. Any speech problems?			
10. Does baby have any chronic disease?				24. Any vision problems?			
11. Does baby have any allergies? If yes, what? _____				25. Are there concerns regarding baby's health or behavior?			
12. Asthma? Eczema?				26. Toddler's term for urination? _____	----	---	----
13. Constipation or diarrhea?				27. Toddler's term for bowel movement? _____	----	---	----
14. Bladder infections?							

Is your baby taking any medication regularly? (Yes/No) Does your baby have any health problems? (Yes/No)

PLEASE EXPLAIN ALL "YES" ANSWERS FROM ABOVE: _____

_____

Parent Name: _____ Signature_____ Date: _____

El Padre o Madre del bebe debe completar lo siguiente:

HISTORIA MÉDICA Y DE DESARROLLO DEL NIÑO

	SI	NO	N/A		SI	NO	N/A
1. Peso cuando nació el niño/a lbs.____ oz.__	----	---	----	15. ¿Se le infectan los oídos frecuentemente?			
2. ¿Cuál parto fue este niño/a? #____	----	---	----	16. ¿Tiene resfriados frecuentemente?			
3. ¿Hubo alguna enfermedad o complicaciones durante el embarazo?				17. ¿Tiene problemas caminando o corriendo?			
4. ¿Hubo complicaciones durante el parto?				18. ¿Sufre de convulsiones, ataques, o desmayos?			
5. ¿Fue su bebé demasiado activo o pasivo?				19. ¿Tiene hermanos/as con defectos de nacimiento?			
6. ¿Se tardó en gatear? ¿En caminar?				20. ¿Ha estado el niño/a hospitalizado o ha sufrido algún accidente serio?			
7. ¿Se tardó en hablar?				21. ¿Se le han examinado los oídos?			
8. ¿Hubo problemas con su alimentación?				22. ¿Usa audífono para escuchar?			
9. ¿Nació el bebé con anormalidades?				23. ¿Hay algún problema del habla?			
10. ¿Tiene alguna enfermedad crónica?				24. ¿Hay algún problema con los ojos/vista?			
11. ¿Tiene alguna alergia? Si contesta que sí, ¿a qué? _____				25. ¿Tiene alguna preocupación acerca de la salud o el comportamiento del bebé?			
12. ¿Tiene asma? ¿Tiene Eczema?				26. ¿Qué palabra usa cuando quiere orinar el niño/a? _____	----	---	----
13. ¿Ha sufrido de estreñimiento o diarrea?				27. ¿Qué vocabulario usa su niño/a para vocalizar su necesidad de ir al baño? _____	----	---	----
14. ¿Ha tenido infecciones de la vejiga?							

¿Toma su niño/a medicamento diario? Sí____ No____ ¿Tiene algún problema de salud? Sí____ No____

FAVOR DE EXPLICAR A TODAS LAS RESPUESTAS DE "SI" EN ESTE ESPACIO: _____

_____

Nombre del Padre o Madre: _____

Firma: _____ Fecha: _____