



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

2500 North State Street, Jackson, MS 39216



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 _____



University of Mississippi Medical Center

Safe
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?



University of Mississippi Medical Center

Safe
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

