My Child's Health

Record

De La Salud De Mi Niño o Niña

Table of Contents

Pregnancy & Birth	2
Firsts for Baby	3
Family Health Facts	4
Medical History	5
Health Appointments	6
Dental Appointments	7
Child Health Visits	8
Problem List	11
TB	12
Immunization Record	13

Tabla de Materias

Embarazo y Nacimiento	2
La Primera Vez que el Bebé	3
Datos de Salud de la Familia	4
Historia Médica	5
Citas para la Salud	6
Citas con el Dentista	7
Visitas para la Salud de su Niño o Niña	8
Lista de Problemas	11
TB	12
Registro de Vacunas	13

My Child's Health Record
Record de la Salud de mi Niño o Niña

Name/Nombre _____

Address/Dirección _____

City/Ciudad _____ State/Estado _____ Zip/Código postal _____

Date of Birth/Fecha de nacimiento _____

Place of Birth
Lugar de nacimiento _____
city/ciudad county/condado state/estado

Social Security Number
Número de seguro social _____

Insurance/HMO Number
Número de seguro médico o HMO _____

Medicaid Number/Número de Medicaid _____

WIC Number/Número de WIC _____

Allergies/Alergias _____

Blood Type/Tipo de Sangre _____

Picture of your child here.

Fotografía de su niño o niña.

Keep this record. Show it to everyone who provides health services for your child.

Conserve este registro. Muéstrelo a quien provee servicios de salud a su niño o niña.

Pregnancy & Birth
Embarazo y Nacimiento

Baby's weight/Peso del bebé _____ Length/Largo _____

Baby's head circumference/Circunferencia de la cabeza del bebé _____

Blood type/Tipo de sangre _____

Hospital/Hospital _____

Length of labor/Duración del parto _____

Mother's doctor/Doctor de la madre _____

Baby's doctor/Doctor del bebé _____

Delivery/Parto: ❑ Vaginal/Vaginal ❑ C Section/Cesárea ❑ Breech/De Nalga

Problems during pregnancy/Problemas durante el embarazo _____

_____

Complications during birth/Complicaciones durante el parto:

Mother/De la madre: _____

Baby/Del bebé: ❑ Oxygen/respirator/Oxígeno/respirador ❑ Jaundice/Ictericia

❑ Infections/Infecciones

Special care nursery needed?/¿Necesidad de cuidados especiales? _____

_____

How long?/¿Por cuánto tiempo? _____

THUMBPRINT

A thumbprint will help identify your child.

IMPRESÍON DIGITAL

Una impresion digital ayuda a identificar a su bebé.

Firsts For Baby
La Primera Vez que el Bebé

First smile _____ Sonrió
month/day/year mes/día/año

First laugh _____ Se rió
month/day/year mes/día/año

Rolled over _____ Se dio vuelta
month/day/year mes/día/año

Sat up _____ Se sentó
month/day/year mes/día/año

First word _____ Dijo una palabra
month/day/year mes/día/año

Slept through the night _____ Durmió toda la noche
month/day/year mes/día/año

Drank from a cup _____ Tomó en una taza
month/day/year mes/día/año

Crawled _____ Gateó
month/day/year mes/día/año

First tooth _____ Le salió un diente
month/day/year mes/día/año

Stood up _____ Se paró
month/day/year mes/día/año

First steps _____ Dió pasitos
month/day/year mes/día/año

Toilet-trained _____ Usó el baño
month/day/year mes/día/año

Please list key health facts (high blood pressure, heart disease, strokes, cancer, diabetes, tuberculosis, deafness, seizures, muscle problems, kidney problems and birth defects) for each family member.

Por favor, anote datos de salud (alta presión, enfermedades del corazón, problemas musculares, derrames cerebrales, cáncer, diabetes, tuberculosis, sordera, ataques, problemas de los riñones, y defectos de nacimiento) de los familiares.

Family Health Facts
Datos de Salud de la Familia

Child's Brothers & Sisters
Hermanos y Hermanas

My Child
Mi Niño o Niña

_____

Child's Aunts & Uncles
Tías y tíos

Child's mom
Mamá del niño o niña

Child's dad
Papá del niño o niña

Grandmother
Abuela

Grandfather
Abuelo

Grandmother
Abuela

Grandfather
Abuelo

Medical History
Historia Médica

	Age/Description Edad/Descripción
Problems with eating Problemas causados por la comida	
Surgeries Cirugías	
Hospitalizations/ Emergency Room visits Hospitalizaciones/ Visitas a la Sala de Emergencias	
Injuries/Accidents Lesiones/Accidentes	
Developmental delays Tardanzas en el desarrollo	
School progress and behavior Progreso en la escuela y comportamiento	
Exposure to dangerous substances Contacto con sustancias peligrosas	
Special health needs Necesidades de salud especiales	

Health Appointments
Citas para la Salud

Age	Edad	Appointment Date/Fecha de la Cita
1–2 weeks	1-2 semanas	
2 months	2 meses	
4 months	4 meses	
6 months	6 meses	
9 months	9 meses	
12 months	12 meses	
15 months	15 meses	
18 months	18 meses	
24 months	24 meses	
3 years	3 años	
4 years	4 años	
5 years	5 años	
6 years	6 años	
7 years	7 años	
8 years	8 años	
9 years	9 años	
10 years	10 años	
11years	11 años	
12 years	12 años	
13 years	13 años	
14 years	14 años	

The Texas Department of Health recommends immunizations at these ages.
El Departamento de Salud de Texas recomienda vacunar a estas edades.

If you or your child are under age 21 and eligible for Medicaid, you can get free medical checkups through Texas Health Steps (EPSDT). For information call 1-800-252-8263.
Si usted o su niño o niña tiene menos de 21 años y puede recibir Medicaid, puede hacerse exámenes médicos gratis a través de Pasos Sanos de Tejas (EPSDT). Para recibir mas información, llame al 1-800-252-8263.

Dental Appointments
Citas con el Dentista

Age/Edad	Appointment Dates/Fecha de la Cita	
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		

Put Your Baby to Bed with Love, Not a Bottle

Does your baby go to bed with a bottle of juice, milk, or formula? If so, her mouth and new little teeth could be hurt by Baby-Bottle Tooth Decay. But if you can put your baby to bed with no bottle–or one filled with just plain water–you can keep her safe from Baby-Bottle Tooth Decay.

Acueste A Su Bebé con Amor Pero sin Biberón

Si su bebé se duerme tomando un biberón con jugo, leche, o fórmula, puede que la boca y sus nuevos dientitos se le dañen a causa de las Caries del Biberón. Pero si usted puede hacerlo dormir sin biberón, o con un biberón lleno de agua, usted puede prevenir las Caries del Biberón.

Dentists recommend dental sealants for children ages 7 and 13.
Los dentistas recomiendan sellantes dentales para los niños de 7 y de 13 años.

Child Health Visits: Birth – 5 Years
Visitas para la Salud de su Niño o Niña: del Nacimiento a los 5 Años

Date Fecha	Age Edad	Height Altura	Weight Peso	Head Circ Circ. de la cabeza	Blood Pressure Presión	HGB/ HCT (anemia) Anemia	Lead Plomo	TB skin test Prueba de TB	Developmental screen Prueba para desarrollo	Hearing screen Prueba de audición	Vision screen Prueba de visión	Doctor or Nurse's signature Firma del doctor o enfermero/a
	Birth nacimiento											

Help Your Family Stay Healthy with Well-Child Check Ups

For today's kids, regular check-ups with a doctor and dentist are a key part of growing up healthy and happy. Check-ups are a chance for the doctor or nurse to catch health problems and treat them before they get out of hand. Dental check-ups on time help keep teeth and mouth clean, nice-looking, and pain-free.

If your child has Medicaid, regular check-ups with the doctor (or nurse) and dentist are free of charge from birth to age 21. Treatment for problems found in check-ups is free, too.

Ayude a su Familia a Estar Sana con Exámenes de Salud para Niños

Para los niños de hoy, los exámenes regulares con el doctor y el dentista son una parte importante de crecer sanos y felices. Los exámenes son una oportunidad para que el doctor o la enfermera descubra problemas de salud y los trate antes de que se hagan más serios. Los exámenes dentales a tiempo ayudan a que los dientes y la boca se mantengan limpios y sin dolor, y que se vean bien.

Si su hijo o hija tiene Medicaid, los exámenes regulares con el doctor (o la enfermera) y el dentista son gratis desde el nacimiento hasta los 21 años. El tratamiento para los problemas encontrados en el examen de salud también es gratis.

Newborn screening (PKU, hypothyroidism, hemoglobin type, galactosemia, congenital adrenal hyperplasia)
Examen del recién nacido (PKU, hipotiroidismo, tipo de hemoglobina, galactosemia, hiperplasia adrenal congénita)

1st Date/Results/1a. Visita/Resultados _____ 2nd Date/Results/2a. Visita/Resultados _____

Child's doctors' names/Nombres de los doctores de su niño o niña _____

_____

Routine medicines/Medicinas de rutina _____

_____

Child Health Visits: 6-12 Years
Visitas para la Salud de su Niño o Niña: de los 6 a los 12 Años

Date Fecha	Age Edad	Grade Grado escolar	Height Altura	Weight Peso	Blood Pressure Presión	HGB/ HCT (anemia) Anemia	Lead Plomo	TB skin test Prueba de TB	Hearing screen Prueba de audición	Vision screen Prueba de visión	Doctor or Nurse's signature Firma del doctor o enfermero/a

Child's doctors' names/Nombres de los doctores de su niño o niña _____

_____

Routine medicines/Medicinas de rutina _____

Problem List
Lista de Problemas

Date/Fecha	Problem/Problema	Action Taken/Accion

Tuberculosis: Screening and Treatment/Pruebas y Tratamiento

Date/Fecha	Procedure/Procedimiento	Results/Resultados
	PPD	mm
	PPD	mm
	PPD	mm
	x-ray/rayos x	
	x-ray/rayos x	
	x-ray/rayos x	

Prescriptions/Recetas

Date/Fecha	CPX for prevention/ para prevención	Rx for disease/ para enfermadad

TB Appointments/TB Citas

1. _____ 2. _____ 3. _____

4. _____ 5. _____ 6. _____

7. _____ 8. _____ 9. _____

_____ began ❑ prophylaxis or ❑ treatment on _____
name/nombre comenzó una(s) receta(s) de ❑ prevención o ❑ para tratamiento el date/fecha

_____
Doctor or Clinic / Médico o Clinica — Address / Dirección — City / Ciudad — State / Estado — Zip / Código Postal — Telephone / Teléfono

_____ completed ❑ prophylaxis or ❑ treatment on _____
name/nombre completó su(s) receta(s) de ❑ prevención o ❑ para tratamiento el date/fecha

_____
Doctor or Clinic / Médico o Clinica — Address / Dirección — City / Ciudad — State / Estado — Zip / Código Postal — Telephone / Teléfono

Immunization Record
Registro de Vacunas

Name
Nombre _____

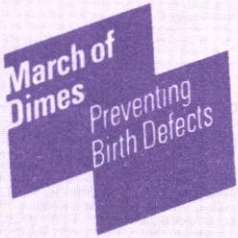
Date of Birth
Fecha de nacimiento _____

Date Fecha	Vaccines Vacunas	Validation by doctor or clinic Verificación del doctor o clínica
	Hepatitis B	
	Hepatitis B	
	Hepatitis B	
	DTP/DTaP/DT/Td	
	DTP/DTaP/DT/Td	
	DTP/DTaP/DT/Td	
	DTP/DTaP/DT/Td	
	DTP/DTaP/DT/Td	
	DTP/Hib	
	DTP/Hib	
	DTP/Hib	
	DTP/Hib	
	Hib	
	Hib	
	Hib	
	Hib	
	OPV/IPV	
	OPV/IPV	
	OPV/IPV	
	OPV/IPV	
	MMR	
	MMR	
	Measles/Sarampión	
	Varicella (chicken pox)	

You need this record to enroll your child in school or day care.
Usted necesita este registro para matricular a su niño o niña en la escuela o la guardería infantil.

Resource ID#: 4783

My Child's Health Record/De La Salud De Mi Nino o Nina



Vacune a su pequeño texano antes de los dos años.

Texas Department of Health
Departamento de Salud de Texas
1100 West 49th Street ▪ Austin, Texas 78756-3199
512-458-7111