COLORADO
Department of Public Health & Environment

HCP for Children and Youth with Special Health Care Needs

Expediente médico Clínica de especialidades HCP

Fecha _____ Ubicación de la clinica _____

Nombre del menor/joven _____ Apellido del menor/joven _____

Fecha de nacimiento _____ ☐ Masculino ☐ Femenino Nombre/número del proveedor de atención primaria _____

Enfermedad(es)	

Nombre(s) de otro(s) especialista(s)	Evaluaciones anteriores	Exámenes/procedimientos anteriores

Alergias:

Descripción breve de la inquietud: Describa a continuación sus inquietudes y preguntas sobre la/el familia/ menor/joven /proveedor de atención primaria.

Antecedentes médicos: Describa a continuación sus antecedentes prenatales y obstétricos, y su estado de salud general actual.

Marque todas las casillas que correspondan y haga una descripción en el siguiente espacio: ☐ Ninguno ☐ Accidentes ☐ Cirugías ☐ Hospitalizaciones

Medicamentos	Frecuencia/dosis	Observaciones

Terapias: ☐ None

☐ Física Aplicada por: _____

☐ Ocupacional Aplicada por: _____

☐ Del habla Del lenguaje Aplicada por: _____

☐ Otra Describir _____ Aplicada por: _____

Inquietudes en materia de nutrición: Describa, si corresponde. ☐ Ninguna

Crecimiento y desarrollo: Describa cualquier inquietud. ☐ Normal ☐ Con retraso

Nombre de quien completó: _____ Teléfono: _____

Relación con menor/joven: _____ Fecha _____

Para uso exclusivo de la Clínica de especialidades HCP

☐ Miembro adicional de la familia ☐ Social ☐ Inquietud de conducta ☐ Interés en la coordinación de servicios de salud

Coordinador de la clínica: _____ Fecha _____