



Departamento de Servicios Infantiles de Tennessee
Auto-reporte médico

PARA: Padre de acogida Otro adulto Menor

Apellido: _____ Nombre: _____ ID hogar de acogida: _____

SITUACIÓN MÉDICA

MEDICAMENTOS Y DOSIS ACTUALES (Enumere todos los medicamentos recetados y de venta libre que actualmente está tomando)

HISTORIAL Y FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO

¿Consume actualmente o consumía en el pasado tabaco o alcohol? Sí No

Si es así, explique:

HISTORIAL Y FRECUENCIA DE CONSUMO DE DROGAS ILEGALES

¿Consume actualmente o consumía en el pasado drogas ilegales? Sí No

Si es así, explique:

ALERGIAS (medicamentos, alimentos, picaduras de insectos) Sí No

Especifique:

DIETA ESPECIAL:

¿Hay alguna actualización médica desde la última evaluación? Sí No

Si es así, describa:

Fecha del último examen físico: _____

SALUD MENTAL

¿Ha sido tratado u hospitalizado por una enfermedad mental o pensamientos/intentos de suicidio dentro de los últimos doce meses?

Sí No

En caso afirmativo, indique las fechas y hospitales:

¿Ha tenido una evaluación psicológica en los últimos doce meses? Sí No

En caso afirmativo, indique la fecha y el proveedor:

Consulte la página web de "Forms" para obtener la versión actual e ignore las versiones anteriores. Este formulario no debe alterarse sin la previa autorización.

Distribución: Expediente del caso de estudio del hogar de acogida
CS-0707SP, Rev. 04/19

RDA 2877
Página 1

Solo para los hijos:

VACUNAS:

Vacunas al corriente Sí No N/A

Otros comentarios:

Firma: _____ Fecha: _____

Consulte la página web de "Forms" para obtener la versión actual e ignore las versiones anteriores. Este formulario no debe alterarse sin la previa autorización.

Distribución: Expediente del caso de estudio del hogar de acogida
CS-0707SP, Rev. 04/19

RDA 2877
Página 2