



# Referencia Médica

Centro de Cuido \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Niño(a) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

*Instrucciones: Cuando un niño tiene problemas graves de salud y deber ser **excluido** del centro de cuidado infantil hasta que sea autorizado por un proveedor médico, el personal de cuidado de niños llenara este formulario y lo entregara a los padres. El padre toma el formulario a su proveedor médico y devuelve el formulario completado al centro de cuidado infantil.*

**Para ser Completado por el Proveedor de Cuidado de Niños:**

**Síntomas:**

<input type="checkbox"/> Cambio de Comportamiento	<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Dolor	<input type="checkbox"/> Dificultad para Respirar
<input type="checkbox"/> Tos	<input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza	<input type="checkbox"/> Alergia	<input type="checkbox"/> Problemas para Dormir
<input type="checkbox"/> Llorando	<input type="checkbox"/> Picazón	<input type="checkbox"/> Nariz que Moquea	<input type="checkbox"/> Dificultad para Orinar
<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Letárgico (muy soñoliento)	<input type="checkbox"/> Llagas en la Piel	<input type="checkbox"/> Vomito
<input type="checkbox"/> Drenaje	<input type="checkbox"/> Ulceras de Boca	<input type="checkbox"/> Dolor de Garganta	<input type="checkbox"/> Sibilancias
<input type="checkbox"/> Dolor de Oídos	<input type="checkbox"/> No comer	<input type="checkbox"/> Dolor De Estomago	

Detalles: (Temperatura, frecuencia de los síntomas, cuando se inició, cuanto tiempo duro, color y cantidad de líquido / drenaje (espeso, verde, blanco, claro, sangriento), etc.)

Cuanto tiempo hemos notado estos síntomas?

**Querido Proveedor de Salud: Por favor evalúe estos síntomas y complete el resto de este formulario. El padre devolverá este formulario a nuestro centro.**

**Para ser Completado por el Proveedor Medico**

**Diagnóstico:**

**Tratamiento:**

**Cuando puede regresar el niño al centro de cuidado infantil?**

\_\_\_\_\_  
Firma del Proveedor Medico

\_\_\_\_\_  
Teléfono/Sello