

سجل تاريخ صحة الطفل ونموه (من 3 إلى 6 سنوات)

إسم الطفل _____ ذكر _____ أنثى _____ تاريخ الولادة _____ العمر _____
(For office use only)
MARSS other ID: _____ اللغات الأخرى المستخدمة في المنزل _____

إسم الوالد/الوصي _____
إسم الشخص الذي أكمل هذا النموذج _____ التاريخ _____
كم مرة يذهب طفلك لفحص طبي عند الطبيب أو الممرضة؟ _____ تاريخ آخر فحص طبي _____
كم مرة يزور طفلك طبيب الأسنان؟ _____ تاريخ آخر فحص أسنان _____
تاريخ أحدث فحص شامل للرؤية (العين) لطفلك، إن كان قد أجرى فحصاً _____
يتم إجراء الفحص الشامل للعين بواسطة طبيب العيون أو طبيب أخصائي البصريات
هل لدى طفلك تأمين صحي؟ نعم _____ لا _____ تم التقديم على التأمين الصحي
يرجى وضع علامة في المربعات إذا كنت أنت أو طفلك تستخدمون أيًا مما يلي

مركز رعاية الأطفال	فحوصات صحة الأطفال والمراهقين	برنامج تعليم الأسرة في مرحلة الطفولة المبكرة
رعاية مقدمة من الأسرة أو الجيران	برنامج ما قبل الروضة المدرسي	التعليم الخاص في مرحلة الطفولة المبكرة
المكتبة	روضة أطفال خاصة	برنامج المتابعة التنموية Follow Along
برنامج التغذية للنساء والرضع والأطفال (WIC)	برنامج هيد ستارت Head Start	التعليم المنزلي مع الوالدين
مخازن الطعام	الرعاية البديلة (الحضانة المؤقتة)	برامج الحداثق والترفيه

الصحة

يرجى وضع علامة على أي من المخاوف الصحية التي تنطبق على طفلك وشرحها

حساسية _____ من الطعام _____ من الأدوية _____ من الحيوانات/الحشرات _____ من الغبار/العفن _____ موسمية _____

هل يتناول طفلك أدوية، أعشاب، أو فيتامينات؟ _____
زيارات إلى أخصائيي الرعاية الصحية، الإقامة في المستشفى أو العمليات الجراحية _____
إصابات أو أمراض خطيرة، زيارة إلى قسم الطوارئ. السبب والتاريخ _____
إصابات في الرأس (فقدان الوعي؟) _____
تسمم بالرصاص، المستوى إن كان معروفًا _____
صعوبة في التنفس، السعال أو الربو _____
مشاكل جلدية أو طفح جلدي _____
نوبات صرع أو لحظات تحديق مطول _____
مشاكل في الرؤية أو يرتدي نظارات؟ _____

مشاكل في السمع أو أنابيب تهوية الأذن

مشاكل في الأسنان: تسوس في سن واحدة أو أكثر

مشاكل في الأكل، المعدة، أو الإمساك

مشاكل في الصحة النفسية مثل القلق، الاكتئاب، أو مشاكل في التركيز والانتباه؟

تم التبني؟ إذا كانت الإجابة نعم، في أي عمر؟

مشاكل أثناء الحمل أو الولادة؟

وُلد الطفل قبل أو بعد موعده بثلاثة أسابيع أو أكثر. عدد الأسابيع عند الولادة _____ وزن الطفل عند الولادة _____

هل بقي الطفل في المستشفى لفترة أطول من الأم عند الولادة؟ السبب _____

هل من الممكن أنك تناولت أدوية، كحول، سجائر، أو مخدرات قبل أن تعرفي أنك حامل

يرجى ذكر أي مخاوف أخرى

يرجى تحديد أي مشاكل صحية عائلية (عند والدي الطفل أو إخوته)

مشاكل في الانتباه

مشاكل في الرؤية

مرض السكري

الحساسية

مشاكل في التعلم

مشاكل في النمو

الربو

اضطرابات الصحة النفسية

الصرع/التشنجات

فقدان السمع/الصمم

فقر الدم المنجلي/حامل للمرض

مشاكل صحية أخرى

الروتين اليومي للطفل

يمارس 60 دقيقة أو أكثر من التمارين الرياضية يوميًا

يستيقظ في الساعة _____ صباحًا

ينام في الساعة _____ مساءً

غير قادر على/لا يمارس 60 دقيقة من التمارين الرياضية

يواجه صعوبة في النوم أو البقاء نائمًا

ساعات يوميًا وقت مشاهدة التلفاز/العباب الفيديو/استخدام الشاشات _____

بأخذ قيلولة: من _____ إلى _____

يتناول يوميًا أطعمة من المجموعات الغذائية التالية

5-9 حصص من الفواكه والخضروات: البرتقال، التفاح، الموز، المانجو، التوت، السبانخ، الذرة، البازلاء

3 حصص من الأطعمة الغنية بالكالسيوم: الحليب، الجبن، الزبادي، حليب الصويا، التوفو

2-3 حصص من الأطعمة الغنية بالحديد: الأسماك، الدواجن، اللحوم، الفاصوليا، البقوليات، البيض

3 حصص أو أكثر من الحبوب الكاملة: خبز القمح الكامل، الحبوب، الأرز البني، التورتilla، البسكويت، المعكرونة

أكثر من حصة واحدة من الحلويات أو المشروبات السكرية أو الوجبات السريعة يوميًا

في الأشهر الـ 12 الماضية كنا قلقين من نفاذ الطعام قبل أن نتمكن من شراء المزيد نعم _____ لا _____

في الأشهر الـ 12 الماضية الطعام الذي اشتريناه لم يكن كافيًا ولم يكن لدينا المال لشراء المزيد نعم _____ لا _____

السلامة المنزلية

الوضع السكني الحالي

مستأجر أو مالك منزل الإقامة مع الأصدقاء أو العائلة فندق أو موتيل
مأوى طوارئ/سكن انتقالي بلا مأوى (سيارات، حدائق، مخيمات، إقامة مؤقتة)

هل يعيش طفلك أو يلعب في منزل أو مبنى تم بناؤه قبل: 1978 — تم تجديده في آخر 5 سنوات؟

هل هناك أي شخص في المنزل أو من مقدمي رعاية طفلك يقوم بـ: استخدام التبغ/التدخين — شرب الكحول — حيازة سلاح ناري (مع قفل أمان)

هل لديك مخاوف بشأن تعرض طفلك لـ: العنف — المخدرات — ظروف غير آمنة

هل تستخدم أنت و/أو طفلك أيًا مما يلي

مقاعد السيارة للأطفال خوذات الدراجة كاشف الدخان جهاز كشف أول أكسيد الكربون

التعليم

تعلم طفلي القيام بالأشياء في نفس العمر الذي تعلم فيه الأطفال الآخرون (الجلوس، الوقوف، المشي، التدريب على استخدام المرحاض، إلخ).
إذا لم يكن كذلك، يرجى التوضيح

طفلي يحتاج إلى المساعدة في: استخدام المرحاض النشاط/الحركة ارتداء الملابس التغذية/الأكل (يحتاج للمساعدة في تناول البرتقال؟ الحليب؟)

أخرى

يرجى تحديد أي مما يلي ينطبق على طفلك

ينطق الأرقام من 1 إلى 10 يفهم الآخرين

لديه صعوبة في التحدث أو يصعب فهمه قادر على اتباع التوجيهات

لديه صعوبة في أن يفهمه الآخرون يلعب بطرق متنوعة

يبدو غير متقن عند استخدام يديه يمشي أو يركض بشكل غير متوازن (يسقط)