

Nombre del Niño: _____ Centro/Salón: _____ Maestro: _____ Fecha: _____

LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES	
CLAVE:		CLAVE:		CLAVE:		CLAVE:		CLAVE:	
<input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Llaga <input type="checkbox"/> Sarpullido <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Irritación/rash <input type="checkbox"/> Mucosidad nasal (verde o amarilla) <input type="checkbox"/> Golpe <input type="checkbox"/> Picada <input type="checkbox"/> Cortadura/laceración <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Picor en la cabeza <input type="checkbox"/> Color de la piel: (pálida/rojiza)	<input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Dificultades respiratorias <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Sangrado <input type="checkbox"/> Piojos <input type="checkbox"/> Impétigos <input type="checkbox"/> Descarga por ojo <input type="checkbox"/> Pobre higiene Comportamiento: <input type="checkbox"/> Sueño profundo <input type="checkbox"/> Triste <input type="checkbox"/> Irritabilidad <input type="checkbox"/> Llegó llorando	<input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Llaga <input type="checkbox"/> Sarpullido <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Irritación/rash <input type="checkbox"/> Mucosidad nasal (verde o amarilla) <input type="checkbox"/> Golpe <input type="checkbox"/> Picada <input type="checkbox"/> Cortadura/laceración <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Picor en la cabeza <input type="checkbox"/> Color de la piel: (pálida/rojiza)	<input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Dificultades respiratorias <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Sangrado <input type="checkbox"/> Piojos <input type="checkbox"/> Impétigos <input type="checkbox"/> Descarga por ojo <input type="checkbox"/> Pobre higiene Comportamiento: <input type="checkbox"/> Sueño profundo <input type="checkbox"/> Triste <input type="checkbox"/> Irritabilidad <input type="checkbox"/> Llegó llorando	<input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Llaga <input type="checkbox"/> Sarpullido <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Irritación/rash <input type="checkbox"/> Mucosidad nasal (verde o amarilla) <input type="checkbox"/> Golpe <input type="checkbox"/> Picada <input type="checkbox"/> Cortadura/laceración <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Picor en la cabeza <input type="checkbox"/> Color de la piel: (pálida/rojiza)	<input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Dificultades respiratorias <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Sangrado <input type="checkbox"/> Piojos <input type="checkbox"/> Impétigos <input type="checkbox"/> Descarga por ojo <input type="checkbox"/> Pobre higiene Comportamiento: <input type="checkbox"/> Sueño profundo <input type="checkbox"/> Triste <input type="checkbox"/> Irritabilidad <input type="checkbox"/> Llegó llorando	<input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Sarpullido <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Irritación/rash <input type="checkbox"/> Mucosidad nasal (verde o amarilla) <input type="checkbox"/> Golpe <input type="checkbox"/> Picada <input type="checkbox"/> Cortadura/laceración <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Picor en la cabeza <input type="checkbox"/> Color de la piel: (pálida/rojiza)	<input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Dificultades respiratorias <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Sangrado <input type="checkbox"/> Piojos <input type="checkbox"/> Impétigos <input type="checkbox"/> Descarga por ojo <input type="checkbox"/> Pobre higiene Comportamiento: <input type="checkbox"/> Sueño profundo <input type="checkbox"/> Triste <input type="checkbox"/> Irritabilidad <input type="checkbox"/> Llegó llorando	<input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Llaga <input type="checkbox"/> Sarpullido <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Irritación/rash <input type="checkbox"/> Mucosidad nasal (verde o amarilla) <input type="checkbox"/> Golpe <input type="checkbox"/> Picada <input type="checkbox"/> Cortadura/laceración <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Picor en la cabeza <input type="checkbox"/> Color de la piel: (pálida/rojiza)	<input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Dificultades respiratorias <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Sangrado <input type="checkbox"/> Piojos <input type="checkbox"/> Impétigos <input type="checkbox"/> Descarga por ojo <input type="checkbox"/> Higiene Comportamiento: <input type="checkbox"/> Sueño profundo <input type="checkbox"/> Triste <input type="checkbox"/> Irritabilidad <input type="checkbox"/> Llegó llorando
<input type="checkbox"/> Otros: _____		<input type="checkbox"/> Otros: _____		<input type="checkbox"/> Otros: _____		<input type="checkbox"/> Otros: _____		<input type="checkbox"/> Otros: _____	
1. ¿Qué síntoma o problema se observó? (Explique utilizando la clave anterior y el dibujo de más abajo como ejemplo). _____		1. ¿Qué síntoma o problema se observó? (Explique utilizando la clave anterior y el dibujo de más abajo como ejemplo). _____		1. ¿Qué síntoma o problema se observó? (Explique utilizando la clave anterior y el dibujo de más abajo como ejemplo). _____		1. ¿Qué síntoma o problema se observó? (Explique utilizando la clave anterior y el dibujo de más abajo como ejemplo). _____		1. ¿Qué síntoma o problema se observó? (Explique utilizando la clave anterior y el dibujo de más abajo como ejemplo). _____	
2. ¿Revelaron el niño y/o el padre alguna información con respecto al síntoma o problema? Si contestó que "sí", explique <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Explique: _____		2. ¿Revelaron el niño y/o el padre alguna información con respecto al síntoma o problema? Si contestó que "sí", explique <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Explique: _____		2. ¿Revelaron el niño y/o el padre alguna información con respecto al síntoma o problema? Si contestó que "sí", explique <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Explique: _____		2. ¿Revelaron el niño y/o el padre alguna información con respecto al síntoma o problema? Si contestó que "sí", explique <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Explique: _____		2. ¿Revelaron el niño y/o el padre alguna información con respecto al síntoma o problema? Si contestó que "sí", explique <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Explique: _____	
3. ¿Qué hizo para responder al síntoma o problema? (por ej.: Llamar a uno de los padres, que el padre obtenga la autorización del médico, informar a CPS, etc.) _____ _____		3. ¿Qué hizo para responder al síntoma o problema? (por ej.: Llamar a uno de los padres, que el padre obtenga la autorización del médico, informar a CPS, etc.) _____ _____		3. ¿Qué hizo para responder al síntoma o problema? (por ej.: Llamar a uno de los padres, que el padre obtenga la autorización del médico, informar a CPS, etc.) _____ _____		3. ¿Qué hizo para responder al síntoma o problema? (por ej.: Llamar a uno de los padres, que el padre obtenga la autorización del médico, informar a CPS, etc.) _____ _____		3. ¿Qué hizo para responder al síntoma o problema? (por ej.: Llamar a uno de los padres, que el padre obtenga la autorización del médico, informar a CPS, etc.) _____ _____	
Firma del personal que presenta el informe: _____ Fecha: _____		Firma del personal que presenta el informe: _____ Fecha: _____		Firma del personal que presenta el informe: _____ Fecha: _____		Firma del personal que presenta el informe: _____ Fecha: _____		Firma del personal que presenta el informe: _____ Fecha: _____	
Firma del padre (cuando sea necesario): _____ Fecha: _____		Firma del padre (cuando sea necesario): _____ Fecha: _____		Firma del padre (cuando sea necesario): _____ Fecha: _____		Firma del padre (cuando sea necesario): _____ Fecha: _____		Firma del padre (cuando sea necesario): _____ Fecha: _____	

Procedimiento para Cotejo Diario del Niño en Head Start

Pasos:

1. Realizar el cotejo como parte de la rutina diaria, antes de la entrada de los niños a las 7:30-7:45 am, así no se afecta el proceso de desayuno. Llevar a cabo la revisión a la entrada de los niños. Utilizar los documentos Hoja de Autorización para realizar inspección diaria HS / EHS código HS/EHS-ED-06/14-08. Para los niños que lleguen pasada la hora de entrada, se cotejarán cuando lleguen.
2. Utilizar el documento Informe de Cotejo Diario-Programa Head Start, Código HS/EHS-07/17-01COTEJO HS. Utilizar un documento por cada niño. Marcar los indicadores de cotejo diario, según apliquen. Si no aplican las observaciones detalladas en el área observaciones, se marcará N/A que significa no aplica. Si necesita registrar alguna observación que no está en el documento, utilizar y registrar la observación en el espacio provisto como otros. Se llevará a cabo el proceso de manera individual en un espacio que permita la privacidad de cada niño en presencia del padre, madre o encargado.
3. Cada día el maestro adiestrado llevará a cabo el cotejo. En ausencia del maestro el asistente de maestro realizará el cotejo.
4. El cotejo diario se debe realizar en una manera relajada y confortable que respete la cultura de la familia así como el cuerpo y los sentimientos del niño.
 - Estando el niño vestido, se revisarán las partes visibles del cuerpo, respetando su privacidad. El personal educativo puede entablar una conversación con el niño mientras lleva a cabo la revisión.
 - Se anotará el nombre del niño, nombre del centro o salón, la fecha (semana, arriba mano izquierda) y observaciones relacionadas a su condición física, estado de ánimo y salud en general.
5. La fecha del día, la inicial o firma del encargado del niño tiene que ser tomada a diario.
6. Compartir con el encargado del niño cualquier preocupación relacionada a la salud física y emocional.
7. Recomendado: guardar el documento en un sobre de manila y mantener en el archivo bajo llave.

Anejo: Autorización para realizar inspección diaria HS/EHS código HS/EHS-ED-06/14-08 Refe: Norma1302.42 y 1302.47(a)

Revisado 10/26/ julio 2017/2020 (Aixa, Marisol,,M.Martinez,lr.)

Para cumplir con la Ley de Derechos Civiles de 1964, el uso de los términos, “niños”, “voluntario”, “maestro”, ayudante de maestro”, “coordinador educativo”, “director”, “monitor”, se utilizan en forma generica para referirse a ambos sexos.

Rev.: julio/