

**ANEXO I**

**PAUTA DE ENTREVISTA DE SALUD AL INGRESO DE UN NNA**

**Nombre del NNA: -----------------------------------------------------------**

**Nombre del adulto: ---------------------------------------------------------**

**Parentesco: -------------------------------------------------------------------**

**Nombre del profesional: --------------------------------------------------**

**Fecha entrevista: ------------------------------------------------------------**

|  |  |
| --- | --- |
| El NNA tiene alguna enfermedad crónica |  |
| Que enfermedades ha padecido |  |
| El NNA ha tenido algún accidente, especificar |  |
| Consultorio y/o hospital donde se atiende |  |
| Nombre del médico tratante (si existe) |  |
| Medicamentos que toma regularmente |  |
| Es alérgico a algún medicamento, alimento u otra cosa |  |
| Solicitar ficha de salud |  |
| Tiene otro antecedente de salud que estima importante señalar. |  |