

Capitola Pediatrics

4145 Clares St., Ste. A Capitola, Ca 95010 (831) 476-1933

11-14 Year Examination

Examen De 11-14 Anos

PATIENT NAME/NOBRE DE PACIENTE _____ AGE/EDAD _____ SEX/SEXO _____

DATE OF BIRTH/FECHA DE NACIMIENTO _____ EXAM DATE/FECHA DE EXAMEN _____

Welcome to you and your son or daughter. <i>Bienvenido a usted y a su hijo/a.</i>		(Please explain right-hand column answers here) <i>(Favor explique sus respuestas en el columna derecha)</i>
1. Do you have any concerns about your son or daughter's overall health or happiness? <i>Tiene algún pendiente de la salud de su hijo/a?</i>	No	Yes Si
2. Is she/he having any chronic or recurrent health problems? <i>Tiene su hijo/a problemas crónicos o recurrentes de la salud?</i>	No	Yes Si
3. Is she/he eating well and maintaining a normal weight? <i>Esta su hijo/a comiendo bien y manteniéndose a un peso normal?</i>	Yes /Si	No
4. Is she/he sleeping well and having a satisfactory energy level? <i>Esta su hijo/a durmiendo bien y su nivel de energía es satisfactoria?</i>	Yes /Si	No
5. Is your son or daughter doing well in school? Grade _____ School _____ <i>Su hijo/a va bien en la escuela? Grado _____ Escuela _____</i>	Yes /Si	Yes Si
6. Has your son or daughter had any serious illnesses, injuries or surgery? <i>Ha tenido su hijo/a alguna enfermedad o cirugía seria?</i>	No	Yes Si
7. Does your son or daughter have any allergies? _____ <i>Su hijo/a tiene alergias?</i>	No	Yes Si
8. Does your child take any medications or supplements regularly? Name: _____ <i>Tomas u hijo/a alguna medicina o suplementos con regularidad? Nombre: _____</i>	No	Yes Si
9. Are his or her immunizations up-to-date? <i>Sus vacunas están al corriente?</i>	Yes /Si	No
10. Has your child have regular dental check-ups? <i>Su hijo/a tiene un examen dental anualmente?</i>	Yes /Si	No
11. Has your child ever been physically, mentally or sexually abused? <i>Su hijo/a ha sido abusado física, mental o sexualmente?</i>	No	Yes Si
12. Are you concerned about possible involvement with any of these: <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Smoking <input type="checkbox"/> Pot <input type="checkbox"/> Sex <input type="checkbox"/> Drugs <input type="checkbox"/> Self-harm <i>Esta preocupado que su hijo/a este involucrado en alguna de estas cosas?</i> <i><input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Fuma <input type="checkbox"/> marihuana <input type="checkbox"/> Sexo <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Daño así mismo</i>	No	Yes Si
13. Which of the following have shown developmental changes: <input type="checkbox"/> Hair <input type="checkbox"/> Genitals <input type="checkbox"/> Breast <input type="checkbox"/> Body shape <input type="checkbox"/> Menses <input type="checkbox"/> Voice <i>En cual de las cosas siguientes a notado usted un cambio en su hijo/a?</i> <i><input type="checkbox"/> Pelo <input type="checkbox"/> Genitales <input type="checkbox"/> Pecho <input type="checkbox"/> Figura de cuerpo <input type="checkbox"/> Menstruacion <input type="checkbox"/> Voz</i>		
14. Does she or he have any special or unusual talents or activities? _____ <i>Tiene su hijo/a algún talento o actividades? _____</i>	No	Yes Si
15. Have there been any major changes, stresses or new health problems in the family recently? <i>Ha tenido algún cambio, estrés or problemas de salud recientemente?</i>	No	Yes Si
16. Does everyone in the family use seat belts in the car? <i>Todos en la familia utilizan cinturón de carro?</i>	Yes /Si	No
17. Do you have a working smoke alarm? <i>Tiene un detector de humo en su casa que funciona?</i>	Yes /Si	No
18. Are there any smokers in your home? <i>Alguien de su familia fuma?</i>	No	Yes Si
19. Are there firearms in your household? <i>Tiene armas en su casa?</i>	No	Yes Si
20. Are there any special questions you would like to ask today? <i>Tiene alguna pregunta que quiera hacer en especial el día de hoy?</i>	Yes /Si	No