

Capitola Pediatrics

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

12-15 Month Examination

Examen De 12-15 Meses

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

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

<p>Welcome to you and your child. Please answer these questions and provide further information in the column at the right. Bienvenido a usted y a su hijo/a. Por favor conteste las preguntas y de más información al lado derecha es necesario.</p>		<p>(Please explain right-hand column answers here) <i>(Favor explique sus respuestas en el columna derecha)</i></p>
<p>1. Does your baby seem to be healthy and developing normally? <i>Parece estar creciendo sano su bebe?</i></p>	<p>Yes /Si</p>	<p>No</p>
<p>2. Is your child drinking well? ___ Breast ___ Bottle ___ Formula ___ <i>Esta tomando bien su bebe? ___ Pecho ___ Formula</i></p>	<p>Yes /Si</p>	<p>No</p>
<p>3. Have you begun feeding solids yet? <i>A comenzado a dar comida solida a su bebe?</i></p>	<p>No</p>	<p>Yes Si</p>
<p>4. Does your baby sleep well at night? <i>Duerme bien por la noche su bebe?</i></p>	<p>Yes /Si</p>	<p>No</p>
<p>5. Is your baby in day care? <i>Su bebe asiste a un centro de cuidado?</i></p>	<p>No</p>	<p>Yes Si</p>
<p>6. Has your baby had any illnesses, injuries, or surgery? <i>A tenido su bebe alguna enfermedad, o cirugia seria?</i></p>	<p>No</p>	<p>Yes Si</p>
<p>7. Does your baby take any medications or supplements regularly? Circle: Vitamins Fluoride Other: _____ <i>Tomas u bebe alguna medicina o suplementos con regularidad? (Circule: Vitaminas Fluoruro Otro: _____)</i></p>	<p>No</p>	<p>Yes Si</p>
<p>8. Do you clean your baby's teeth regularly? <i>Le limpia los dientes a su hijo/a regularmente?</i></p>	<p>Yes /Si</p>	<p>No</p>
<p>9. Have any new stresses or illnesses occurred in the family since your last visit? <i>Ha tenido algún estrés nuevo o enfermedad desde su última visita?</i></p>	<p>No</p>	<p>Yes Si</p>
<p>10. Does your child have any allergies? <i>Su bebe tiene alergias?</i></p>	<p>No</p>	<p>Yes Si</p>
<p>11. Do you always use an approved car set for the baby? <i>Siempre usa un asiento de seguridad apropiado para su bebe?</i></p>	<p>Yes /Si</p>	<p>No</p>
<p>12. Do you have a working smoke alarm? <i>Tiene un detector de humo en su casa que funciona?</i></p>	<p>Yes /Si</p>	<p>No</p>
<p>13. Is your baby exposed to tobacco smoke at home, in day care, or in the car? <i>Su bebe es expuesto al cigarro tabaco en casa, en el centro de cuidado o en el carro?</i></p>	<p>No</p>	<p>Yes Si</p>
<p>14. Does your family have any risk factors for tuberculosis? <input type="checkbox"/> TB, AIDS or HIV in family <input type="checkbox"/> Lived outside USA in last year <input type="checkbox"/> Exposure to homeless, prison, barracks or jail environments <i>Su familia tiene algún riesgo de tuberculosis? Tuberculosis/SIDA/HIV Vivido fuera de los estados unidos en el último ano? Expuesto a personas sin hogar, cárcel o prisión</i></p>	<p>No</p>	<p>Yes Si</p>
<p>15. Does your 12 Month old baby: <input type="checkbox"/> Cruise, walk with hand held <input type="checkbox"/> Play a simple ball game <input type="checkbox"/> Say Mama, Dada, or other sounds <input type="checkbox"/> Put toys in container <input type="checkbox"/> Turn toward his/her spoken name Does your 15 month old baby: <input type="checkbox"/> Walk well alone <input type="checkbox"/> Snack two blocks <input type="checkbox"/> Say 3 to 6 words <input type="checkbox"/> Understand simple commands <input type="checkbox"/> Use sounds to get your attention <i>Su bebe de 12 meses: Camina Juega con pelota Dice mama papa Pone juguetes en un bote Responde a su nombre Su bebe de 15 meses: Camina Monte 2 bloques Dice 3-6 palabras Responde a favores Usa sonidos para agarrar su atención</i></p>	<p>Yes /Si</p>	<p>No</p>
<p>16. 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> 1. 2. 3.</p>	<p>Yes /Si</p>	<p>No</p>