

Capitola Pediatrics

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

15-19 Year Examination

Examen De 15-19 Anos

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

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

Welcome to our office. <i>Bienvenida a nuestra oficina.</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 alguna preocupación por 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 tiene energía satisfactoria?</i>	Yes /Si	No
5. Does she/he get along well with his or her peers? <i>Su hijo/a se lleva bien con las personas al su alrededor?</i>	Yes /Si	No
6. 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
7. 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
8. Does your son or daughter have any allergies? _____ <i>Su hijo/a tiene alergias?</i>	No	Yes Si
9. Does your child take any medications or supplements regularly? Name: _____ <i>Toma su hijo/a alguna medicina o suplementos con regularidad? Nombre: _____</i>	No	Yes Si
10. Are his or her immunizations up-to-date? <i>Sus vacunas están al corriente?</i>	Yes /Si	No
11. Has your child have regular dental check-ups? <i>Su hijo/a tiene un examen dental anualmente?</i>	Yes /Si	No
12. 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
13. 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>Tiene algún pendiente que su hijo/a este involucrado en alguna de estas cosas? <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Cigarro <input type="checkbox"/> Marihuana <input type="checkbox"/> Sexo <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Daño así mismo?</i>	No	Yes Si
14. For daughters, have menstrual cycles begun and are they normal? <i>Para su hija, ya comenzó su menstauacion; y es normal?</i>	Yes /Si	No
15. 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
16. 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
17. Does everyone in the family use seat belts in the car? <i>Todos en la familia utilizan cinturón de carro?</i>	Yes /Si	No
18. Do you have a working smoke alarm? <i>Tiene un detector de humo en su casa que funciona?</i>	Yes /Si	No
19. Are there any smokers in your home? <i>Alguien de su familia fuma?</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