

Capitola Pediatrics

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

18 Month Examination

Examen De 18 Meses

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 child. Please answer these questions and provide further information in the column at the right. <i>Bienvenido a usted y a su bebe. Por favor conteste las preguntas y de mas información al lado derecha si es necesario.</i>		(Please explain right-hand column answers here) <i>(Favor explique sus respuestas en el columna derecha)</i>
1. Does your child enjoy being swung, bounced on your knee, etc.? <i>¿ A su hijo/a le gusta que le colympie o brincar sobre sus rodillas?</i>	Yes /Si	No
2. Does your child take interest in other children? <i>¿ Su hijo/a toma interes sobre otros ninos?</i>	Yes /Si	No
3. Does your child like climbing on things, such as up stairs? <i>¿ A su hijo/a le gusta trepar en cosas, como subir escaleras?</i>	Yes /Si	No
4. Does your child enjoy playing peek-a-boo/hide and seek? <i>¿ Su hijo/a disfruta jugar a las escondidas?</i>	Yes /Si	No
5. Does your child ever PRETEND, for example, to make a cup of tea using a toy cup and teapot, or pretend other things? <i>¿ Su hijo/a PRETENDE, por ejemplo, preparar una taza se te, usando un juego de te de juguete?</i>	Yes /Si	No
6. Does your child ever use his/her index finger to point , ASK for something? <i>¿ Su hijo/a ha usado el dedo pulgar para apuntar, cuando quiere algo?</i>	Yes /Si	No
7. Does your child ever use his/her index finger to point, to indicate INTEREST in something? <i>¿ Su hijo/a ha usado el dedo pulgar para apuntarpara indicar INTERES en algo?</i>	Yes /Si	No
8. Can your child play properly with small toys (such as bricks or cars) without mouthing, fiddling or dropping them? <i>¿ Su hijo/a juega correctamente con juguetes pequenos (como carro o cubos) sin llevarselos a la boca, maltrarle o tirarlos?</i>	Yes /Si	No
9. Does your child ever bring objects over to you (the parent) to SHOW you something? <i>¿ Su hijo/a le trae objetos apra mostrarle algo?</i>	Yes /Si	No
10. Is your child breast-feeding or taking a bottle during the daytime? <i>¿ Su hijo/a toma pecho o biberon durante el dia?</i>	No	Yes/Si
11. Is your child breast-feeding or taking a bottle during the nighttime? <i>¿ Su hijo/a toma pecho o biberon durante la noche?</i>	No	Yes/Si
12. Ounces per day of Milk _____ Formula _____ Juice _____ Water _____ <i>¿ Onzas por día de leche _____ Formula _____ Jugo _____ Agua _____</i>		
13. Does your child sleep well at night? <i>¿ Su hijo/hija duerme bien por la noche?</i>	Yes /Si	No
14. Has your child had roseola, hand-foot-mouth, strep, or other childhood diseases? <i>¿ Su hijo/a a tenido roseala, infeccion de manos-pies-boca, estreptococo u otras enfermedades de la ninez?</i>	No	Yes Si
15. Does your child have any allergies? <i>¿ Tiene su bebe alguna clase de alergia?</i>	No	Yes Si
16. Does your child take any medications or supplements regularly? <input type="checkbox"/> Vitamins <input type="checkbox"/> Fluoride <input type="checkbox"/> Other: _____ <i>/Su bebe toma algún medicamento o suplemento regularmente?</i> <input type="checkbox"/> Vitaminas <input type="checkbox"/> Fluoruro <input type="checkbox"/> Otra: _____	No	Yes Si
17. Do you clean your child's teeth regularly? <i>¿ Limpia los dientes a su hijo/a con regularmente?</i>	Yes /Si	No
18. Has your child ever been physically, mentally or sexually abused? <i>¿ Su bebe ha sido abusado/a física, mental, o sexual mente?</i>	No	Yes Si
19. Has the family had any stresses or illnesses recently? <i>¿ La familia ha tenido alguna clase de estrés o enfermedades reciente mente?</i>	No	Yes Si

Capitola Pediatrics

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

18 Month Examination

Examen De 18 Meses

20.	Is your child cared for by a babysitter or day care? <i>¿Su bebe va a una guardería o a un centro de cuidado?</i>	No	Yes Si
21.	Do you always use a properly installed car seat for your child? <i>¿Siempre utiliza usted un asiento de seguridad para el coche apropiadamente Instalado para su bebe?</i>	Yes /Si	No
22.	Do you have a working smoke alarm? <i>¿Tiene usted un detector de humo que funciona?</i>	Yes /Si	No
23.	Do you have poison control information's phone number at home? <i>¿ Tiene el numero de telefono del centro de informacion de envenamiento en casa?</i>	Yes /Si	No
24.	Is your child regularly exposed to cigarette or tobacco smoke? <i>¿Su bebe es regularmente expuesto/a al humo del cigarrillo o tabaco?</i>	No	Yes Si
25.	Do you have any questions about today's vaccines? <i>¿Tiene usted alguna pregunta sobre la vacunas de hoy?</i>	No	Yes Si
26.	Does your child: <input type="checkbox"/> Use a spoon <input type="checkbox"/> Remove a garment <input type="checkbox"/> Point to named body parts <input type="checkbox"/> Snack 3 blocks <input type="checkbox"/> Go upstairs with hand held <input type="checkbox"/> Help with simple tasks <input type="checkbox"/> Use and understand 10 words <input type="checkbox"/> Run stiffly, kick a ball <i>Su bebe: <input type="checkbox"/> usa cuchara <input type="checkbox"/> quita la ropa <input type="checkbox"/> apunta a partes del cuerpo <input type="checkbox"/> monta 3 bloques <input type="checkbox"/> trepa escaleras <input type="checkbox"/> ayuda <input type="checkbox"/> usa y entiende 10 palabras <input type="checkbox"/> corre y pateo una pelota</i>	Yes /Si	No
27.	Are there any special questions you would like to ask today? Any concerns with your child's health? <i>¿Tiene alguna pregunta que quiera hacer en especial el día de hoy, preocupaciones sobre la salud de su hijo/a ?</i>	No	Yes Si