

# Capitola Pediatrics

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

# 2 Month Examination Examen De 2 Meses

PATIENT NAME/NOMBRE DE PACIENTE \_\_\_\_\_ AGE/EDAD \_\_\_\_\_ SEX/SEXO \_\_\_\_\_

DATE OF BIRTH/FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ EXAM DATE/FECHA DE EXAMEN \_\_\_\_\_

<p>Welcome to you and your infant. Please answer these questions and provide further information in the column at the right. <i>Bienvenido a usted y su bebe. Por favor conteste las preguntas y de mas información al lado derecha si es necesario.</i></p>		(Please explain right-hand column answers here) <i>(Favor explique sus respuestas en el columna derecha)</i>
1. Does your baby seem to be doing well? <i>Su bebe parece estar bien?</i>	Yes /Si	No
2. Is your child eating well? ___ Breast ___ Bottle ___ Formula ___ <i>Su bebe esta alimentando se bien? ___ Pecho ___ Formula</i>	Yes /Si	No
3. Does your baby cry very often <i>Llora su bebe muy seguido?</i>	No	Yes Si
4. Does your baby sleep well at night? <i>Duerme bien su bebe por las noches?</i>	Yes /Si	No
4. On a scale of 1 (rested) to 5 (exhausted) how tired are you? <i>En una escala del 1 (descansada) al 5 (muy cansada) como se siente?</i>	1 2	3 4 5
5. Does your baby: <input type="checkbox"/> Follow you with his/her eyes <input type="checkbox"/> Coo <input type="checkbox"/> Listen to your voice <input type="checkbox"/> Smile at you responsively <input type="checkbox"/> Watch objects <i>Su bebe: <input type="checkbox"/> La Sigue con los ojos <input type="checkbox"/> Arrulla <input type="checkbox"/> Escucha su voz <input type="checkbox"/> Sonríe <input type="checkbox"/> Mira objetos</i>	Yes /Si	No
6. Has your baby had any illnesses, injuries, or surgery? <i>A tenido su bebe alguna enfermedad, o cirugía seria?</i>	No	Yes Si
7. Does your baby take any medications or supplements regularly? What? _____ <i>Toma su bebe alguna medicina o suplementos con regularidad?</i> _____	No	Yes Si
8. Have any new stresses or illnesses occurred in the family since your last visit? <i>A parecido de estrés o enfermedades nuevas desde su ultima visita?</i>	No	Yes Si
9. Do you always use an approved car seat for the baby? <i>Siempre usa un asiento de carro apropiado para su bebe?</i>	Yes /Si	No
10. Do you have a working smoke alarm? <i>Tiene un detector de humo en su casa que funciona?</i>	Yes /Si	No
11. Is your baby exposed to tobacco smoke? <i>Su bebe es expuesto al humo de Tabaco?</i>	No	Yes Si
12. 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.	Yes /Si	No