

Capitola Pediatrics

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

2 Week Examination Examen De 2 Semanas

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. Bienvenido a usted y su bebe. Por favor conteste las preguntas y de mas información al lado derecha si es necesario.</p>		<p>(Please explain right-hand column answers here) (Favor explique sus respuestas en el columna derecha)</p>
<p>1. Does your baby seem to be doing well? Su bebe parece estar bien?</p>	<p>Yes /Si</p>	<p>No</p>
<p>2. Where was your baby born? Home _____ Hospital _____ Birth Weight _____ Donde nació su bebe? Casa _____ Hospital: _____ Peso al nacer _____</p>		
<p>3. Did you have any problems with <input type="checkbox"/> Pregnancy, labor or delivery <input type="checkbox"/> prematurity <input type="checkbox"/> postmaturity <input type="checkbox"/> first week of life Tuvo algún problema con <input type="checkbox"/> embarazo, al dar a luz <input type="checkbox"/> Prematuro <input type="checkbox"/> Posparto <input type="checkbox"/> Primer semana de vida</p>	<p>No</p>	<p>Yes Si</p>
<p>4. Is your baby eating well, 7-10 times daily? Su bebe esta comiendo bien de 7-10 veces?</p>	<p>Yes /Si</p>	<p>No</p>
<p>5. Has your baby had any problem with: <input type="checkbox"/> Choking <input type="checkbox"/> Breathing <input type="checkbox"/> Eyes <input type="checkbox"/> Skin <input type="checkbox"/> Bowels <input type="checkbox"/> Circumcision <input type="checkbox"/> Jaundice <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Umbilical Cord Ha tenido su bebe algún problem con: <input type="checkbox"/> Ahogamiento <input type="checkbox"/> Respiración <input type="checkbox"/> Ojos <input type="checkbox"/> Piel <input type="checkbox"/> hacer del baño <input type="checkbox"/> Circuncion <input type="checkbox"/> Ictericia <input type="checkbox"/> Orina <input type="checkbox"/> Cordón umbilical</p>	<p>No</p>	<p>Yes Si</p>
<p>6. Are the members of the family in good health? Age of mother _____ Age of father _____ Age of sisters _____ Age of brothers _____ Los miembros de la familia están en buena salud? Edad de mama _____ Edad de Papa _____ Edad de Hermanas _____ Edad de Hermanos _____</p>	<p>Yes /Si</p>	<p>No</p>
<p>7. Is there any family history of: <input type="checkbox"/> tuberculosis <input type="checkbox"/> heart disease <input type="checkbox"/> allergies <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> cystic fibrosis <input type="checkbox"/> high blood pressure <input type="checkbox"/> asthma <input type="checkbox"/> epilepsy <input type="checkbox"/> kidney disease <input type="checkbox"/> high cholesterol <input type="checkbox"/> eczema <input type="checkbox"/> cancer <input type="checkbox"/> bleeders <input type="checkbox"/> stroke before age 55 <input type="checkbox"/> hay fever <input type="checkbox"/> mental retardation Hay alguna historia en la familia de: <input type="checkbox"/> tuberculosis <input type="checkbox"/> problemas del corazón <input type="checkbox"/> alergia <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> cancer <input type="checkbox"/> asma <input type="checkbox"/> epilepsia <input type="checkbox"/> fibrosis cistica <input type="checkbox"/> alta presión <input type="checkbox"/> colesterol alto <input type="checkbox"/> eczema <input type="checkbox"/> retraso mental <input type="checkbox"/> desangrado <input type="checkbox"/> riñones <input type="checkbox"/> ataque al corazón antes de la edad de 55</p>	<p>No</p>	<p>Yes Si</p>
<p>8. Have there been any major changes or stresses in the family? Mother's Occupation: _____ Father's Occupation: _____ Ha tenido algún cambio o estrés nuevo en la familia? Ocupación de Mama: _____ Ocupación de Papa: _____</p>	<p>No</p>	<p>Yes Si</p>
<p>9. Do you always use an approved car seat, properly installed, for your baby's car trips? Siempre usa un asiento de seguridad, apropiadamente instalado para su bebe?</p>	<p>Yes /Si</p>	<p>No</p>
<p>10. Do you have a working smoke alarm? Tiene un detector de humo en su casa que funciona?</p>	<p>Yes /Si</p>	<p>No</p>
<p>11. Is your baby exposed to tobacco smoke at home or in day care? Su bebe es expuesto al humo de tabacco en casa, centro de cuidado o en el carro?</p>	<p>No</p>	<p>Yes Si</p>
<p>12. Does your baby: <input type="checkbox"/> watch you <input type="checkbox"/> respond to sounds <input type="checkbox"/> turn head <input type="checkbox"/> move all arms and legs Su bebe: <input type="checkbox"/> mira <input type="checkbox"/> responde a sonidos <input type="checkbox"/> mueve la cabeza <input type="checkbox"/> mueve brazos y piernas</p>	<p>Yes /Si</p>	<p>No</p>
<p>13. Are there any special questions you would like to ask today? Tiene alguna pregunta que quiera hacer en especial el día de hoy? 1. 2. 3.</p>	<p>No</p>	<p>Yes Si</p>