

Capitola Pediatrics

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

2 Year Examination

Examen De 2 Anos

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. <i>Bienvenido a usted y a su hijo/a.</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 child's happiness, growth, development, behaviors or language skills? <i>Tiene alguna preocupación del desarrollo, crecimiento, comportamiento, habilidades de idioma o felicidad de sus hijo/a?</i>	Yes /Si	No
2. Does your child have any chronic or recurrent health problems? <i>Tiene su hijo/a problemas crónicos o recurrentes de la salud?</i>	No	Yes Si
3. Is your child drinking well? _____ Breast _____ Bottle _____ Formula _____ <i>Esta tomando bien su hijo/a? _____ Pecho _____ Formula</i>	Yes /Si	No
4. Is your child eating well? <i>Su hijo/a come bien?</i>	No	Yes Si
5. Does your child sleep well at night? <i>Duerme bien por la noche su hijo/a?</i>	Yes /Si	No
6. Is your child in day care? <i>Esta su hijo/a en un centro de cuidado?</i>	No	Yes Si
7. Has your child had any illnesses, injuries, or surgery? <i>Ha tenido su hijo/a alguna enfermedad, o cirugía seria?</i>	No	Yes Si
8. Does your child take any medications or supplements regularly? Circle: Vitamins Fluoride Other: _____ <i>Tomas u hijo/a alguna medicina o suplementos con regularidad? (Circule: Vitaminas Fluoruro Otro: _____)</i>	No	Yes Si
9. Do you clean your child's teeth regularly? <i>Le limpia los dientes a su hijo/a regularmente?</i>	Yes /Si	No
10. 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
11. 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>	No	Yes Si
12. Does your child have any allergies? <i>Su hijo/a tiene alergias?</i>	No	Yes Si
13. Does everyone in the family use seat belts and car seats? <i>En la familia utilizan todos cinturones de seguridad y asientos de carro?</i>	Yes /Si	No
14. Do you have a working smoke alarm? <i>Tiene un detector de humo en su casa que funciona?</i>	Yes /Si	No
15. Is your child exposed to tobacco smoke at home, in day care, or in the car? <i>Su hijo/a es expuesto al cigarro tabaco en casa, en el centro de cuidado o en el carro?</i>	No	Yes Si
16. 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, or jail environments <i>Su familia tiene algún riesgo de tuberculosis? Tuberculosis/SIDA/HIV <input type="checkbox"/> Vivido fuera de los Estados Unidos en el último año <input type="checkbox"/> Expuesto a personas sin hogar; cárcel o prisión</i>	No	Yes Si
17. Does your child: <input type="checkbox"/> Say 20 words <input type="checkbox"/> Wash and dry hands <input type="checkbox"/> Use 2-word phrases and plurals <input type="checkbox"/> Walk and run well <input type="checkbox"/> Stack 6 to 8 blocks <input type="checkbox"/> Imitate adults <input type="checkbox"/> Pedal a tricycle <input type="checkbox"/> Put on clothing <i>Su hijo/a: Dice mas de 20 palabras Lava y seca las manos Camina y corre bien Imita Adulto Pone la ropa Usa frases de dos palabras o mas Monta 6-8 bloques Pedalea un triciclo</i>	Yes /Si	No
18. 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