

Capitola Pediatrics

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

3 Year Examination

Examen De 3 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. Bienvenido a usted y a su hijo/a.		(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? Tiene alguna preocupación del desarrollo, crecimiento, comportamiento, habilidades de idioma o felicidad de sus hijo/a?	Yes /Si	No
2. Does your child have any chronic or recurrent health problems? Tiene su hijo/a problemas crónicos o recurrentes de la salud?	No	Yes Si
3. Does your child drink milk? How many ounces per day? _____ Su hijo/a esta tomando biberón? Con que frecuencia por día? _____	Yes /Si	No
4. Is your child eating well? Su hijo/a come bien?	No	Yes Si
5. Does your baby sleep well at night? Duerme bien por la noche su hijo/a?	Yes /Si	No
6. Is your child in day care? Asiste su hijo/a a una guardería?	No	Yes Si
7. Has your child had any illnesses, injuries, or surgery? Ha tenido su hijo/hija alguna enfermedad, o cirugía seria?	No	Yes Si
8. Does your child take any medications or supplements regularly? Circle: Vitamins Fluoride Other: _____ Toma su hijo/a alguna medicina o suplementos con regularidad? (Circule: Vitaminas Fluoruro Otra: _____)	No	Yes Si
9. Do you clean your child's teeth regularly? Le limpia los dientes a su hijo/a regularmente?	Yes /Si	No
10. Has your child had a dental consultation yet? Ha tenido su hijo/a un examen dental?	Yes /Si	No
11. Has your child ever been physically, mentally or sexually abused? Su hijo/a ha sido abusado física, mental o sexualmente?	No	Yes Si
12. Have any new stresses or illnesses occurred in the family since your last visit? Ha tenido algún estrés nuevo o enfermedad desde su última visita?	No	Yes Si
13. Does your child have any allergies? Su hijo/a tiene alergias?	No	Yes Si
14. Does everyone in the family use seat belts and car seats? En la familia utilizan todos cinturones de seguridad y asientos de carro?	Yes /Si	No
15. Do you have a working smoke alarm? Tiene un detector de humo en su casa que funciona?	Yes /Si	No
16. Is your child exposed to tobacco smoke at home, in day care, or in the car? Su hijo/a es expuesto al cigarro tabaco en casa, en el centro de cuidado o en el carro?	No	Yes Si
17. 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 Su familia tiene algún riesgo de tuberculosis? Tuberculosis/SIDA/HIV Vivido fuera de los estados unidos en el ultimo ano <input type="checkbox"/> expuesto a personas sin hogar; cárcel o prisión	No	Yes Si
18. Does your child: <input type="checkbox"/> Make tower or more than six blocks <input type="checkbox"/> Climb stairs, alternating feet <input type="checkbox"/> Understand on, in, under <input type="checkbox"/> Separate easily from parents <input type="checkbox"/> Get dressed with supervision Su hijo/a: Sube escaleras Separa fácil de los padres Entiende encima; abajo; adentro Se viste con supervisión <input type="checkbox"/> monta bloques de 6-8?	Yes /Si	No
19. Are there any special questions you would like to ask today? Tiene alguna pregunta que quiera hacer en especial el día de hoy?	Yes /Si	No