

Capitola Pediatrics

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

4 Month Examination

Examen De 4 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. 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 healthy and developing normally? Parece estar creciendo sano su bebe?</p>	<p>Yes /Si</p>	<p>No</p>
<p>2. Is your child drinking well? ___ Breast ___ Bottle ___ Formula ___ Esta tomando bien su bebe? ___ Pecho ___ Formula</p>	<p>Yes /Si</p>	<p>No</p>
<p>3. Have you begun feeding solids yet? A comenzado a dar comida solida a su bebe?</p>	<p>No</p>	<p>Yes Si</p>
<p>4. Does your baby sleep well at night? Duerme bien por la noche su bebe?</p>	<p>Yes /Si</p>	<p>No</p>
<p>5. Is your baby in day care? Esta su bebe un centro de cuidado?</p>	<p>No</p>	<p>Yes Si</p>
<p>6. Has your baby had any illnesses, injuries, or surgery? A tenido su bebe alguna enfermedad, o cirugia seria?</p>	<p>No</p>	<p>Yes Si</p>
<p>7. Does your baby take any medications or supplements regularly? Circle: Vitamins Fluoride Other: _____ Tomas u bebe alguna medicina o suplementos con regularidad? (Circula: Vitaminas floruro Otro: _____)</p>	<p>No</p>	<p>Yes Si</p>
<p>8. 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?</p>	<p>No</p>	<p>Yes Si</p>
<p>9. Do you always use an approved car set for the baby? Siempre usa un asiento de carro apropiado 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? Su bebe es expuesto al humo de Tabaco?</p>	<p>No</p>	<p>Yes Si</p>
<p>12. 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>Yes /Si</p>	<p>No</p>