

Capitola Pediatrics

4145 Clares St. Ste. A Capitola, CA 95101 (831) 476-1933

6-10 Year Examination

Examen De 6-10 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. Does your child drink milk? How many ounces per day? _____ <i>Su hijo/a toma leche? Cuantas onzas al día? _____</i>	Yes /Si	No
4. Is your child eating and sleeping well? <i>Su hijo/a come y duerme bien?</i>	No	Yes Si
5. Has your child had any illnesses, injuries, or surgery? <i>Ha tenido su hijo/a alguna enfermedad, o cirugía seria?</i>	No	Yes Si
6. 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
7. Do you brush and floss your child's teeth regularly? <i>Le lava los dientes y usa hilo dental diariamente?</i>	Yes /Si	No
8. Has your child have regular dental check-ups? <i>Su hijo/a tiene un examen dental anualmente?</i>	Yes /Si	No
9. 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
10. 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
11. Does your child attend day care, preschool, or school? <i>Su hijo/a atiende la escuela, guardería o preescolar?</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>Todos en la familia utilizan 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 Vivido fuera de los estados unidos en el ultimo ano <input type="checkbox"/> Expuesto a personas sin hogar; cárcel o prisión</i>	No	Yes Si
17. Are there firearms in your household? <i>Tiene armas en su casa?</i>	No	Yes Si
18. Does your child: <input type="checkbox"/> Skip and hop <input type="checkbox"/> Enjoy telling stories <input type="checkbox"/> Give first and last name <input type="checkbox"/> Dress without supervision <i>Su hijo/a: Brinca y salta Disfruta contar cuentos Sabe su nombre y apellido Se viste sin supervisión</i>	Yes /Si	No
19. 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