

Capitola Pediatrics

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

6 Month Examination

Examen De 6 Meses

PATIENT NAME/NOBRE 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>		(Please explain right-hand column answers here) <i>(Favor explique sus respuestas en el columna derecha)</i>
1. Does your baby seem to be healthy and developing normally? <i>Parece estar creciendo sano su bebe?</i>	Yes /Si	No
2. Is your child drinking well? ___ Breast ___ Bottle ___ Formula ___ <i>Esta tomando bien su bebe? ___ Pecho ___ Formula</i>	Yes /Si	No
3. Have you begun feeding solids yet? <i>A comenzado a dar comida solida a su bebe?</i>	No	Yes Si
4. Does your baby sleep well at night? <i>Duerme bien por la noche su bebe?</i>	Yes /Si	No
5. Is your baby in day care? <i>Esta su bebe en un centro de cuidado?</i>	No	Yes Si
6. Has your baby had any illnesses, injuries, or surgery? <i>A tenido su bebe alguna enfermedad, o cirugia seria?</i>	No	Yes Si
7. Does your baby take any medications or supplements regularly? Circle: Vitamins Fluoride Other: _____ <i>Tomas u bebe alguna medicina o suplementos con regularidad? (Circule: Vitaminas Fluoruro Otro: _____)</i>	No	Yes Si
8. 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
9. Does s/he have any unusual or bothersome behaviors? <i>Tiene su bebe alguna molestia?</i>	No	Yes Si
10. Has your baby had any reactions to previous immunizations? <i>A tenido su bebe alguna reacción a las vacunas que a recibido?</i>	No	Yes Si
11. Do you always use an approved car set for the baby? <i>Siempre usa un asiento de seguridad apropiado para su bebe?</i>	Yes /Si	No
12. Do you have a working smoke alarm? <i>Tiene un detector de humo en su casa que funciona?</i>	Yes /Si	No
13. Is your baby exposed to tobacco smoke? <i>Su bebe es expuesto al humo de Tabaco?</i>	No	Yes Si
14. Please review the red sheet Lead Exposure Questionnaire . Are any of those risk factors present for your child? <i>Por favor revise la hoja roja de Questionario del Plomo. Tiene algún riesgo su bebe?</i>	No	Yes Si
15. Does your baby: <input type="checkbox"/> Recognize mother and prefer her to others <input type="checkbox"/> Grasp objects <input type="checkbox"/> Transfer things from hand to hand <input type="checkbox"/> Bang on things <input type="checkbox"/> Rake or paw at small objects <input type="checkbox"/> Babel <input type="checkbox"/> Sit with support <input type="checkbox"/> Roll back-to-front <input type="checkbox"/> Roll front-to-back <i>Su bebe: Agarra objetos Golpea cosas Se sienta con soporte Pasa las cosas de una mano a otra Reconoce a su mama y la prefiere a ella Hace por agarrar cosas Se voltea su bebe del frente a atrás Se voltea su bebe de atrás al frente</i>	Yes /Si	No
16. 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> 1. 2. 3.	Yes /Si	No