

Capitola Pediatrics

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

9 Month Examination Examen De 9 Meses

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. Please answer these questions and provide further information in the column at the right. <i>Bienvenido a usted y a su bebe. Por favor conteste las preguntas y de mas información al lado derecha si es necesario.</i>	(Please explain right-hand column answers here) <i>(Favor explique sus respuestas en el columna derecha)</i>	
1. Are you concerned about any of these issues? <i>Tiene alguna preocupación sobre alguno de lo siguiente:</i> <i>¿Cómo su bebe trata de hablar y hace sonidos de lenguaje?</i> <i>¿ Cómo su bebe trata de entender lo que usted dice?</i> <i>¿ Cómo su bebe trata de usar sus manos y dedos para hacer cosas?</i> <i>¿ Cómo su bebe trata de usar sus pies y manos?</i> <i>¿ Cómo su bebe se comporta?</i> <i>¿ Cómo su bebe se comporta con otros?</i> <i>¿ Cómo su bebe esta aprendiendocosas para si mismo?</i> <i>¿ Tiene otra preocupacion sobre 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. Is your baby in day care? <i>Esta su bebe en centro de cuidado?</i>	No	Yes Si
5. Has your baby had any illnesses, injuries, or surgery? <i>A tenido su bebe alguna enfermedad, o cirugía seria?</i>	No	Yes Si
6. Does your baby take any medications or supplements regularly? Circle: Vitamins Fluoride Other: _____ <i>Toma su bebe alguna medicina o suplementos con regularidad? (Circule: Vitaminas Fluoruro Otro: _____)</i>	No	Yes Si
7. 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
8. Has your child had any negative or allergic reactions to medications? <i>Su bebe a tenido malas reacciones a medicina?</i>		
9. Is your baby in daycare? <i>Esta su bebe en centro de cuidado?</i>	No	Yes Si
10. Does your child have any allergies? <i>Su bebe esta al cuidado de una guarderia o tiene ninera?</i>	No	Yes Si
11. Do you have any questions about the blood test (for anemia) that may be recommended at this examination? <i>Tiene alguna pregunta sobre la prueba del plomo que se recomienda en este examen?</i>	No	Yes Si
12. 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
13. Do you have a working smoke alarm? <i>Tiene un detector de humo en su casa que funciona?</i>	Yes /Si	No
14. Is your baby exposed to tobacco smoke at home, in day care, or in the car? <i>Su bebe es expuesto al cigarro tabaco en casa, en el centro de cuidado o en el carro?</i>	No	Yes Si
15. Have you had formal CPR and First Aid training? <i>Ha tenido usted algún entrenamiento de primeros auxilios?</i>	Yes /Si	No
16. Do you have the poison control information phone number at home? <i>Tiene usted el número de teléfono del control de envenenamiento en casa?</i>	Yes /Si	No
17. 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 del Questionario del Plomo. Tiene algún riesgo su bebe?</i>	No	Yes Si
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