

CHILD HEALTH INFORMATION

0 to 4 week

Date _____

Child's Name _____ Age: _____ Birth Date: _____

Who does your child live with? _____

List any medications child is currently taking and/or any special health care needs:

Was your child born before 40 weeks gestation? **Y / N** If yes, how many weeks early? _____

Where was your child born? _____

Please list any other health care providers who have seen your child: _____

Has your child needed to return to the hospital? **Y / N** If yes, when & why? _____

Was your child exposed to any medications, drugs, nicotine, or alcohol during pregnancy? **Y / N**
If yes, please list: _____

Do you have any concerns about your child's health? (If yes, please explain) _____

Has your child had any problems with the following?	Yes	No
Feeding? (breast__ bottle__ both__)	()	()
Pooping?	()	()
Peeing ?	()	()
Jaundice (yellow color)?	()	()
Crying?	()	()
Too Sleepy?	()	()

Do you have concerns about how your child:	Yes	No
Sees or hears?	()	()
Moves his/her arms and legs?	()	()

Do you have concerns about:	Yes	No
Caring for your child?	()	()
Comforting your child?	()	()
Your child's safety?	()	()

Over the past 2 weeks, have you been bothered by:	Yes	No
Having little interest or pleasure in doing things?	()	()
Feeling down, depressed, or hopeless?	()	()

Do you have plans for daycare in the next 3 months? () () _____

INFORMACION DE SALUD DEL NINO

0-4 semanas

Fecha _____

Nombre del Niño(a): _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

¿Con quien vive su niño(a)?

Haga una lista de los medicamentos que su niño(a) este tomando/o cualquier necesidad especial de salud:

¿Nació su niño(a) antes de las 40 semanas de gestación? Si/No Si su respuesta es afirmativa, ¿Cuántas semanas antes?

¿Dónde nació su niño(a)? _____

Haga una lista de los doctores previos del cuidado de su niño(a): _____

¿Su niño(a) ha tenido que regresar al hospital? Si/No Si su respuesta es afirmativa, ¿Cuándo y porque?

¿Fue su niño(a) expuesto a algún medicamento, drogas, nicotina, ó alcohol durante su embarazo? Si/No Si su respuesta es afirmativa, por favor indique:

¿Tiene alguna preocupación sobre la salud de su niño(a)? Si su respuesta es afirmativa, favor de explicar:

Su niño(a) ha tenido problemas con los siguientes:	Si	No	
¿Alimentación? (pecho __ biberón __ ambos __)	()	()	_____
¿Popó?	()	()	_____
¿Pipí?	()	()	_____
¿Ictericia (color amarillo)?	()	()	_____
¿Llanto?	()	()	_____
¿Demasiado sueño?	()	()	_____

Tiene alguna preocupación de como su niño(a):	Si	No	
¿Mira o Escucha?	()	()	_____
¿Mueve sus brazos y piernas?	()	()	_____

Tiene alguna preocupación sobre:	Si	No	
¿El cuidado de su niño(a)?	()	()	_____
¿Cómo confortar a su niño(a)?	()	()	_____
¿La seguridad de su niño(a)?	()	()	_____

En las últimas 2 semanas, ¿le ha molestado a usted:			
¿Tener poco interés o placer en hacer cosas?	()	()	_____
¿Sentirse triste, deprimida o sin esperanza?	()	()	_____

¿Tiene planes para el cuidado de su niño(a) para los próximos 3 meses? () () _____

**Skagit Pediatrics, LLP*2101 Little Mountain Ln*Mount Vernon, WA 98274
(360) 428-2622* Fax (360) 428-3941**