

HEALTH INFORMATION PARENT 11-21 year old DATE: _____

Patients Name _____ Age: _____ Birth date: _____

Do you have any questions or concerns you would like to discuss today?

What changes or challenges have there been at home in the last year?

Does your child have any special health care needs?

SCREENINGS

	YES	NO
VIT D		
Does your child take a Vitamin D supplement?	()	()
TB	YES	NO
Has a family member or contact had tuberculosis?	()	()
Has a family member or contact had a positive tuberculosis skin test?	()	()
Was your child born in or has he/she travelled to a high risk country* (for more than one week with contact with resident population)? (*countries other than the USA, Canada, Australia, New Zealand or Western Europe)	()	()

LIPIDS

Does your child have parents or grandparents who have had a stroke or heart attack before age 55?	()	()
Does your child have a parent with elevated blood cholesterol and taking medication?	()	()

CPR Screening

Would you like information on CPR training?	()	()
---	-----	-----

INFORMACION DE SALUD

Padres 11-21 años de edad

Fecha _____

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

¿Tiene alguna pregunta o preocupación que le gustaría discutir el día de hoy?

¿Qué cambios o desafíos ha habido en casa en el último año?

¿Su hijo tiene alguna necesidad médica especial?

TAMIZAJE

Vitamina D

¿Está tomando su niño(a) un suplemento de Vitamina D?

SI **NO**
() ()

Tuberculosis

¿Algún miembro de la familia o alguien con contacto cercano ha tenido tuberculosis?

SI **NO**
() ()

¿Algún miembro de la familia o alguien con contacto cercano ha tenido un examen de tuberculosis de la piel que haya sido positivo?

() ()

Su niño(a) nació o ha viajado a un país de alto riesgo* (por más de una semana teniendo contacto con la población/residentes)?
(*países aparte de los E.U., Canadá, Australia, Nueva Zelanda o Europa Occidental)

() ()

Lípidos

¿Su niño(a) tiene padres o abuelos que han tenido un accidente cerebrovascular o ataque cardíaco antes de la edad de 55?

() ()

¿Su niño(a) tiene un padre con colesterol elevado y tomando medicamento?

() ()

Primeros Auxilios

¿Le gustaría recibir información sobre Primeros Auxilios?

() ()

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