

CHILD HEALTH INFORMATION

18 month to 5 Year

Date: _____

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

List any medications child is currently taking: _____

List any medications to which child is allergic, and describe reaction: _____

Has child ever been hospitalized? If yes when & why? _____

Please list your child's previous and other health care providers: _____

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

Does your child have any special health care needs?

Do you have concerns about how your child is:

	Yes	No	(if yes, please explain)
Seeing or hearing?	()	()	_____
Eating?	()	()	_____
Sleeping?	()	()	_____
Behaving?	()	()	_____
Growing?	()	()	_____

Do you have concerns about how your child:

Talks ?	()	()	_____
Uses his/her hands or fingers?	()	()	_____
Uses his/her arms or legs?	()	()	_____
Gets along with others?	()	()	_____
Is learning to do things for him / herself?	()	()	_____
Is doing in school?	()	()	_____

Do you have concerns about how your family is doing? () () _____

Have there been any changes in the following since your last visit:

Family's health	()	()	_____
Child care	()	()	_____
Child's living situation	()	()	_____

Does your child take a supplement with Vitamin D? Yes () No ()

Lead Screening

	yes	no
Does your child live in or regularly visit a house or facility built before 1978?	()	()
Does your child have a sibling, housemate or playmate followed for lead poisoning?	()	()
Does your child live near a lead smelter, battery recycling plant, or other lead industry?	()	()

TB Screening

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)		

CPR Screening

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

INFORMACION DE SALUD DEL NINO

18 meses a 5 años

Fecha _____

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

Haga una lista de los medicamentos que su niño(a) este tomando: _____

Haga una lista de los medicamentos a los que su niño(a) es alérgico(a), y describa la reacción: _____

¿Ha sido su niño(a) hospitalizado? Si su respuesta es afirmativa, ¿Cuándo y porque? _____

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

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

¿Su hijo tiene alguna necesidad médica especial? _____

Tiene alguna preocupación sobre como su niño(a) está: (Si su respuesta es afirmativa, favor de explicar)

- | | Si | No | |
|------------------------|-----------|-----------|-------|
| ¿Mirando o escuchando? | () | () | _____ |
| ¿Comiendo? | () | () | _____ |
| ¿Durmiendo? | () | () | _____ |
| ¿Comportando? | () | () | _____ |
| ¿Creciendo? | () | () | _____ |

Tiene alguna preocupación sobre como su niño(a):

- | | | | |
|--|-----|-----|-------|
| ¿Habla? | () | () | _____ |
| ¿Usa sus manos y dedos? | () | () | _____ |
| ¿Usa sus brazos y piernas? | () | () | _____ |
| ¿Se lleva con otros? | () | () | _____ |
| ¿Se esta enseñando a hacer cosas por si solo(a)? | () | () | _____ |
| ¿Va en la escuela? | () | () | _____ |

¿Tiene alguna preocupación sobre cómo su familia esta haciendo?() () _____

Ha habido algún cambio con lo siguiente desde la última visita:

- | | | | |
|-------------------------------------|-----|-----|-------|
| ¿Salud de la Familia? | () | () | _____ |
| ¿Cuidado del niño(a) | () | () | _____ |
| ¿Situación de vivienda del niño(a)? | () | () | _____ |

¿Está tomando su niño(a) un suplemento de Vitamina D? Si () NO ()

Prueba de detección de Plomo

- | | Si | No |
|--|-----------|-----------|
| ¿Su niño(a) vive en o regularmente visita una casa o instalación construida antes de 1978? | () | () |
| ¿Su niño(a) tiene algún hermano(a), compañero de casa o compañero de juego que le estén siguiendo por intoxicación de plomo? | () | () |
| ¿Su hijo(a) vive cerca de una fundición de plomo, una planta para reciclar baterías, o alguna otra industria de plomo? | () | () |

Prueba de detección de Tuberculosis

- | | | |
|--|-----|-----|
| ¿Algún miembro de la familia o alguien con contacto cercano ha tenido tuberculosis? | () | () |
| ¿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 Zelandia o Europa Occidental) | | |

Primeros Auxilios

- | | | |
|--|-----|-----|
| ¿Le gustaría recibir información sobre Primeros Auxilios para niños? | () | () |
|--|-----|-----|

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