

CHILD HEALTH INFORMATION

6 year to 10 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?	() ()	_____
Peeing or pooping?	() ()	_____
Sleeping?	() ()	_____
Growing?	() ()	_____

Do you have concerns about how your child:		
Talks?	() ()	_____
Moves?	() ()	_____
Behaves?		
Interacts with others?	() ()	_____
Is doing in school?	() ()	_____

Does your child receive any special services in school? () () _____

Do you have any concerns about your child's:		
Self esteem?	() ()	_____
Friendships?	() ()	_____
Body Image?	() ()	_____

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 ()

TB Screening	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)		

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

INFORMACION DE SALUD DEL NINO

6 años a 10 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? | () | () | _____ |
| ¿Pipí o popó? | () | () | _____ |
| ¿Durmiendo? | () | () | _____ |
| ¿Creciendo? | () | () | _____ |

Tiene alguna preocupación sobre como su niño(a):

- | | | | |
|----------------------------|-----|-----|-------|
| ¿Habla? | () | () | _____ |
| ¿Se mueve? | () | () | _____ |
| ¿Se comporta? | () | () | _____ |
| ¿Interactúa con los demás? | () | () | _____ |
| ¿Va en la escuela? | () | () | _____ |

¿Su niño(a) recibe servicios especiales en la escuela? () () _____

Tiene alguna preocupación por su niño(a) sobre:

- | | | | |
|-----------------------|-----|-----|-------|
| ¿Su autoestima? | () | () | _____ |
| ¿Sus amigos? | () | () | _____ |
| ¿Imagen de su cuerpo? | () | () | _____ |

¿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 ()

	Si	No
Prueba de detección de Tuberculosis		
¿Algún miembro de la familia o alguien con contacto cercano a 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