

**CHILD HEALTH INFORMATION**

**6 weeks to 1 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?** Yes ( ) No ( ) \_\_\_\_\_

<b>Do you have concerns about how your child is:</b>	<b>Yes</b>	<b>No</b>	<b>(if yes, please explain)</b>
Seeing or hearing?	( )	( )	_____
Feeding?	( )	( )	_____
Sleeping?	( )	( )	_____
Behaving?	( )	( )	_____
Growing?	( )	( )	_____

<b>Do you have concerns about how your child:</b>	<b>Yes</b>	<b>No</b>	
Responds to you?	( )	( )	_____
Uses his/her hands or fingers?	( )	( )	_____
Uses his/her arms or legs?	( )	( )	_____

**Do you have concerns about how your family is doing?** ( ) ( ) \_\_\_\_\_

<b>Have there been any changes in the following since your last visit:</b>	<b>Yes</b>	<b>No</b>	
Family's health	( )	( )	_____
Child care	( )	( )	_____
Child's living situation	( )	( )	_____

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

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

<b>Lead Screening</b>	<b>Yes</b>	<b>No</b>
Does your child live in or regularly visits a house or facility built before 1978?	( )	( )
Does your child have a sibling, housemate or playmate being followed for lead poisoning?	( )	( )
Does your child live near a lead smelter, battery recycling plant, or other lead industry?	( )	( )

<b>TB Screening</b>	<b>Yes</b>	<b>No</b>
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)		

<b>CPR Screening</b>	<b>Yes</b>	<b>No</b>
Would you like information on infant CPR training?	( )	( )

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

**INFORMACION DE SALUD DEL NINO**

6 semanas - 1 año

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ 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, 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 niño(a): \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna pregunta o preocupación que a usted le gustaría discutir el día de hoy? \_\_\_\_\_

¿Su niño(a) tiene alguna necesidad médica especial? \_\_\_\_\_

**Tiene alguna preocupación de su niño(a) sobre su:**

(Si la respuesta es afirmativa, favor de explicar)

Vista ó Audición

Si ( ) No ( )

¿Alimentación?

( ) ( ) \_\_\_\_\_

¿Sueño?

( ) ( ) \_\_\_\_\_

¿Comportamiento?

( ) ( ) \_\_\_\_\_

¿Crecimiento?

**Tiene alguna preocupación de cómo su niño(a):**

Si ( ) No ( )

¿Le responde?

( ) ( ) \_\_\_\_\_

¿Usa sus manos y dedos?

( ) ( ) \_\_\_\_\_

¿Usa sus brazos y piernas?

( ) ( ) \_\_\_\_\_

**¿Tiene preocupaciones acerca de cómo su familia esta haciendo?**

( ) ( ) \_\_\_\_\_

**Ha habido algún cambio con lo siguiente en el último año:**

¿Salud de la Familia?

( ) ( ) \_\_\_\_\_

¿Cuidado del niño(a)?

( ) ( ) \_\_\_\_\_

¿Situación de vivienda del niño(a)?

( ) ( ) \_\_\_\_\_

**En las últimas dos semanas, usted:**

¿Se ha sentido triste, deprimida o sin esperanza?

( ) ( ) \_\_\_\_\_

¿Ha tenido poco interés o placer en hacer cosas?

( ) ( ) \_\_\_\_\_

¿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 niño(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 infantes?

( ) ( )

Skagit Pediatrics, LLP\*2101 Little Mountain Ln\*Mount Vernon, WA 98274

(360) 428-2622\* Fax (360) 428-3941