

HISTORIAL Y EXAMEN FÍSICO INICIAL PEDIÁTRICOFecha de hoy: ____ / ____ / ____ Edad: _____ Médico de cabecera: _____ LEP: Intérprete _____**POR FAVOR LLENE LA INFORMACIÓN SIGUIENTE DEL PACIENTE:**

¿Cuál es la razón principal de la visita del paciente en el día de hoy?			
¿Tiene hoy el paciente algún problema o síntomas de los que quisiera hablar? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Si respondió sí, por favor explique brevemente:			
¿El paciente es alérgico a algún medicamento o alimento? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Si respondió sí, por favor enumere los medicamentos o alimentos a los que hace alergia y su reacción a cada uno de ellos:			
Medicamentos actuales del paciente (<i>Con receta / Sin receta</i>): <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Multivitamínicos <input type="checkbox"/> Ácido fólico <input type="checkbox"/> Calcio <input type="checkbox"/> Anticonceptivos <input type="checkbox"/> Otros:			
¿El paciente ha estado hospitalizado, ha tenido lesiones graves o cirugías? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Si respondió sí, por favor explique brevemente:			
Condiciones de vivienda del paciente: <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Con familia: # de niños en el hogar ____ <input type="checkbox"/> Compañero de piso <input type="checkbox"/> Hogar de acogida/grupo			
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)			
Educación del paciente: <input type="checkbox"/> No es un estudiante. El más alto nivel escolar terminado: _____ <input type="checkbox"/> Estudiante actualmente: Escuela _____ Grado _____ <input type="checkbox"/> Guardería: ¿Dónde? _____		Empleo del paciente: <input type="checkbox"/> Sin empleo <input type="checkbox"/> Empleado actualmente: ¿Dónde? _____	
Por favor marque si el paciente <u>tiene o ha tenido</u> alguno de los siguientes: <input type="checkbox"/> NINGUNA QUEJA ACTUALMENTE			
CONSTITUCIONAL <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Dificultad para dormir <input type="checkbox"/> Fiebre/escalofríos <input type="checkbox"/> Sudores nocturnos <input type="checkbox"/> Cambio de peso reciente	CABEZA, CARA, CUELLO <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza <input type="checkbox"/> Disminución de la expresión facial <input type="checkbox"/> Reciente pérdida del cabello <input type="checkbox"/> Sensibilidad del cuero cabelludo <input type="checkbox"/> Inflamación de glándulas en el cuello	CARDIOVASCULAR <input type="checkbox"/> Angina o infarto <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho o presión <input type="checkbox"/> Latidos cardíacos rápidos o irregulares <input type="checkbox"/> Inflamación de pies/tobillos <input type="checkbox"/> Circulación pobre <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre <input type="checkbox"/> Presión arterial alta	RESPIRATORIO <input type="checkbox"/> Asma o sibilancia <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Tos con producción mucosa <input type="checkbox"/> Tos crónica o frecuente <input type="checkbox"/> Tos seca <input type="checkbox"/> Dolor al respirar <input type="checkbox"/> Escupe/tose sangre
VISTA <input type="checkbox"/> Borrosa o visión doble <input type="checkbox"/> Resequedad/enrojecimiento <input type="checkbox"/> Usa anteojos o lentes de contacto <input type="checkbox"/> Cataratas <input type="checkbox"/> Glaucoma	PECHO/MAMAS <input type="checkbox"/> Secreción de las mamas <input type="checkbox"/> Nódulos en las mamas <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho <input type="checkbox"/> Implantes de mamas	GENITOURINARIO <input type="checkbox"/> Dolor o ardor al orinar <input type="checkbox"/> Sangre o pus en la orina <input type="checkbox"/> Incontinencia o goteo <input type="checkbox"/> Secreciones vaginales <input type="checkbox"/> Menstruaciones irregulares <input type="checkbox"/> Menstruaciones dolorosas <input type="checkbox"/> Problemas en la próstata <input type="checkbox"/> Dolor en los testículos <input type="checkbox"/> Dificultad sexual <input type="checkbox"/> Erupción o úlceras genitales	MUSCULOESQUELÉTICO <input type="checkbox"/> Dolor en la espalda <input type="checkbox"/> Frio en las extremidades <input type="checkbox"/> Entumecimiento u homigüeo <input type="checkbox"/> Parálisis <input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones <input type="checkbox"/> Rigidez o inflamación en las articulaciones <input type="checkbox"/> Debilidad en los músculos o articulaciones <input type="checkbox"/> Camina con ayuda de accesorios <input type="checkbox"/> Dificultad para subir escaleras
OÍDOS/NARIZ/BOCA/GARGANTA <input type="checkbox"/> Dolor de oídos o drenaje <input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición <input type="checkbox"/> Sinusitis o problemas <input type="checkbox"/> Sangrado por la nariz <input type="checkbox"/> Dolores frecuentes en la garganta <input type="checkbox"/> Resequedad en la boca <input type="checkbox"/> Mal aliento/mal sabor <input type="checkbox"/> Llagas o úlceras en la boca <input type="checkbox"/> Cambios en la voz <input type="checkbox"/> Sangramiento de las encías <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar <input type="checkbox"/> Dentadura postiza	GASTROINTESTINAL <input type="checkbox"/> Acidez o indigestiones <input type="checkbox"/> Pérdida del apetito <input type="checkbox"/> Dolor abdominal <input type="checkbox"/> Cambios en los hábitos de evacuaciones <input type="checkbox"/> Evacuaciones dolorosas <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Diarreas frecuentes <input type="checkbox"/> Hemorroides/sangre en las heces <input type="checkbox"/> Náuseas o vómitos <input type="checkbox"/> Resultados anormales en pruebas del hígado/ enfermedades del hígado	PIEL <input type="checkbox"/> Erupción o comezón <input type="checkbox"/> Cambios en lunares <input type="checkbox"/> Cambios en la coloración de la piel <input type="checkbox"/> Psoriasis <input type="checkbox"/> Nódulos en la piel o protuberancias <input type="checkbox"/> Le salen hematomas fácilmente <input type="checkbox"/> Llagas que no sanan	NEUROLÓGICO / PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> Convulsiones o ataques <input type="checkbox"/> Temblores <input type="checkbox"/> Pérdida de la memoria o confusión <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Pérdida del conocimiento <input type="checkbox"/> Apoplejía <input type="checkbox"/> Depresión
ENDOCRINO <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedades de la tiroides <input type="checkbox"/> Sed excesiva <input type="checkbox"/> Cambio en la tolerancia al calor/frío			

Por favor ✓ aquellos que le correspondan al paciente o a sus familiares consanguíneos.

	Paciente	Padre/madre	Hermano/hermana	Abuelos	Niño
SIDA/VIH					
Adicción al Alcohol/drogas					
Alzheimer					
Artritis					
Asma					
Defectos congénitos					
Trastornos de la sangre					
Cáncer					
EPOC / Enfisema /Bronquitis					
Diabetes					
Epilepsia / Convulsiones /					
Infarto / Apoplejía					
Presión sanguínea alta					
Colesterol alto					
Enfermedades de los riñones					
Enfermedades del hígado / Hepatitis					
Enfermedades mentales / Depresión					
Osteoporosis					
Células falciformes					
Trastornos de la tiroides					
Tuberculosis/TB					
Otros:					

Por favor ✓ o describa todos los que correspondan.

Nutrición: marque los alimentos que usted come todos los días <input type="checkbox"/> Leche / Lácteos <input type="checkbox"/> Carnes <input type="checkbox"/> Vegetales <input type="checkbox"/> Frutas <input type="checkbox"/> Pan o granos		¿Le preocupa el peso del paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ejercicios <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Frecuentemente		
Tabaco / Expuesto a fumadores (cigarros, tabacos, pipa, tabaco para mascar) <input type="checkbox"/> Nunca he usado <input type="checkbox"/> Expuesto a fumadores <input type="checkbox"/> Usé antes: tipo _____ <input type="checkbox"/> Uso ahora: tipo _____ (# por día _____)		Alcohol o drogas de la calle <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Rara vez: tipo _____ <input type="checkbox"/> Ocasionalmente: tipo _____ <input type="checkbox"/> Frecuentemente: tipo _____	Salud Mental: (en los últimos 90 días) <input type="checkbox"/> Ningún problema <input type="checkbox"/> Depresión leve/moderada <input type="checkbox"/> Depresión grave <input type="checkbox"/> Pensamientos de hacerse daño a sí mismo /otros		
Salud Dental <input type="checkbox"/> Cepillado diario <input type="checkbox"/> Hilo dental diario <input type="checkbox"/> Visitas al dentista cada 6 meses		Fuentes de agua: <input type="checkbox"/> Pozo <input type="checkbox"/> Cisterna <input type="checkbox"/> Embotellada <input type="checkbox"/> Ciudad	Viajes: <input type="checkbox"/> No ha viajado fuera de USA <input type="checkbox"/> Viajó fuera de USA: País/Año _____ / _____		
Abuso / Negligencia / Violencia: <input type="checkbox"/> Sin temor a daños <input type="checkbox"/> Presión para tener relaciones sexuales <input type="checkbox"/> No se atienden las necesidades diarias <input type="checkbox"/> Contacto sexual forzado <input type="checkbox"/> Explotación sexual <input type="checkbox"/> Temor de abuso verbal/físico <input type="checkbox"/> Sexo por dinero o drogas					
Evaluación del desarrollo: A continuación escoja su edad (el paciente) y marque las tareas alcanzadas.					
1-3 meses <input type="checkbox"/> Movimientos parejo <input type="checkbox"/> Levanta la cabeza <input type="checkbox"/> Responde a sonidos <input type="checkbox"/> Observa los rostros <input type="checkbox"/> Sonríe	4-6 meses <input type="checkbox"/> Manos juntas/levantadas <input type="checkbox"/> Grita <input type="checkbox"/> Puede levantar las piernas <input type="checkbox"/> Se da vueltas <input type="checkbox"/> Gira en busca de un sonido	7-9 meses <input type="checkbox"/> Se sienta sin ayuda <input type="checkbox"/> Busca objetos <input type="checkbox"/> De pie mientras se sostiene <input type="checkbox"/> "Mamá" o "Papá" <input type="checkbox"/> Se pone de pie sujetándose	10-12 meses <input type="checkbox"/> Combina sílabas: "papapapa" <input type="checkbox"/> Uso del dedo pulgar e índice <input type="checkbox"/> Hace palmadas <input type="checkbox"/> De pie por 5 segundos	13-18 meses <input type="checkbox"/> De pie por sí solo o camina <input type="checkbox"/> Se inclina/recupera posición <input type="checkbox"/> Juega con pelotas/garabatea <input type="checkbox"/> Bebe de un vaso <input type="checkbox"/> Sabe 3 palabras	19-24 meses <input type="checkbox"/> Usa cuchara/tenedor <input type="checkbox"/> Corre/patea pelotas <input type="checkbox"/> Coloca 3 cubos <input type="checkbox"/> Sabe 6 palabras <input type="checkbox"/> Se quita la ropa
2-3 años <input type="checkbox"/> Combina palabras <input type="checkbox"/> Nombra figuras / colores <input type="checkbox"/> Salta <input type="checkbox"/> Se pone la ropa <input type="checkbox"/> Lava y seca sus manos <input type="checkbox"/> Nombra a sus amigos	4-5 años <input type="checkbox"/> Habla claramente <input type="checkbox"/> Salta en un pie <input type="checkbox"/> Se viste sin ayuda <input type="checkbox"/> Se cepilla los dientes sin ayuda <input type="checkbox"/> Copia + <input type="checkbox"/> Dibuja personas	6-7 años <input type="checkbox"/> Pasos de talón a punta del pie <input type="checkbox"/> Se sabe el abecedario <input type="checkbox"/> Cuenta <input type="checkbox"/> Sabe la diferencia entre bien y mal <input type="checkbox"/> Escribe letras	8-10 años <input type="checkbox"/> Amigos del mismo sexo <input type="checkbox"/> Consciente del mundo exterior <input type="checkbox"/> Desarrolla confianza en sí mismo <input type="checkbox"/> Busca independencia <input type="checkbox"/> Influencia de los amigos	11-15 años <input type="checkbox"/> Busca privacidad <input type="checkbox"/> Toma riesgos <input type="checkbox"/> Amigos del mismo sexo <input type="checkbox"/> Amigos de diferente sexo <input type="checkbox"/> Entiende las reglas <input type="checkbox"/> Buena imagen de sí mismo	16-21 años <input type="checkbox"/> Confianza en sí mismo <input type="checkbox"/> Los amigos son importantes <input type="checkbox"/> Menos tiempo con la familia <input type="checkbox"/> Piensa en el futuro <input type="checkbox"/> Cuestiona las reglas <input type="checkbox"/> Identidad sexual
Firma del Paciente/Encargado del cuidado:		Firma del Proveedor de atención: a la salud		Fecha:	

**TO BE COMPLETED BY HEALTHCARE PROVIDER
(PARA SER LLENADO POR EL PROVEEDOR)**

Only for patients ages 0-5 years		
Mother's general health during pregnancy: <input type="checkbox"/> Good <input type="checkbox"/> Fair <input type="checkbox"/> Poor At time of delivery, did mother have HIV: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Hepatitis: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Explain any problems:	Caretaker concerned about any of the following: Emotional development <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Attention span <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Behavior <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Academics <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Neglect <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	Frequent problems with any of the following: Nasal infections <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Ear Infections <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Throat infections <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Asthma attacks <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Constipation <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Diarrhea <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Urinary tract infections <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Bedwetting <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Swallowing <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Vomiting <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Refusal to eat <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Headaches <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Vision <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Hearing <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Bleeding <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Other:
During pregnancy did mother: Smoke <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no SHS <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Drink alcohol <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Use street drugs <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no TYPE:	Has this child had any of the following diseases: Measles <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Mumps <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Rubella <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Chickenpox <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Meningitis <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Rotavirus <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Pneumonia <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Pertussis <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Hib <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Hepatitis <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no RSV <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
Birth Information Delivery: <input type="checkbox"/> vaginal <input type="checkbox"/> cesarean If cesarean, explain why: Weeks gestation: Birth weight:		
Home with mom from hospital: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no If no, explain why not:		
Metabolic screening completed: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	(Girls) Age menstruation onset: <input type="checkbox"/> NA LMP: ____ / ____ / ____	(Boys) Does patient examine testicles monthly? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no
Initial feeding at birth: <input type="checkbox"/> bottle <input type="checkbox"/> breast Is this child breastfeeding now: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no # feedings in 24 hours: Explain any problems:	Does pt examine breasts monthly? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no If sexually active, # of partners: lifetime _____ Last 60 days _____ Last 30 days _____ Birth control used: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Type:	
Is this child bottle feeding: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no What formula: Ounces in 24 hours: Explain any problems:	Other health concerns:	

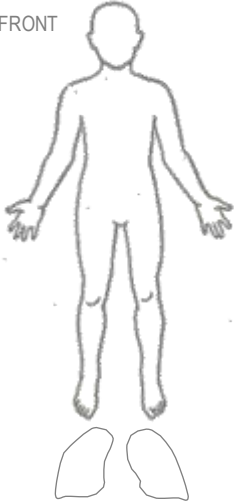
Immunization Status: Up to date by patient report Records Requested See Vaccine Administration Record
 Vaccines given today:

Lead Assessment: Verbal Risk Assessment: N/A negative positive risk factor _____
 Tested Today: yes no Referred for testing: yes no

Preventive Health Education: <input type="checkbox"/> Diet / Nutrition topics discussed today <input type="checkbox"/> Child development <input type="checkbox"/> Immunizations <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Hearing/Vision <input type="checkbox"/> Lead exposure(ACH-25a)	<input type="checkbox"/> Physical activity <input type="checkbox"/> Safety <input type="checkbox"/> Mental Health <input type="checkbox"/> DV/SA <input type="checkbox"/> ATOD/Cessation/SHS <input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Preconception /Folic Acid <input type="checkbox"/> Prenatal / Genetics <input type="checkbox"/> CVD <input type="checkbox"/> Arthritis <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Pelvic / Pap	<input type="checkbox"/> SBE /Mammogram <input type="checkbox"/> STE / PSA <input type="checkbox"/> HRT <input type="checkbox"/> STD / HIV <input type="checkbox"/> Minor FP: Sexual coercion. Abstinence. Benefits of parental involvement in choices. <input type="checkbox"/> Options counseling	Educational Handouts: <input type="checkbox"/> Age-appropriate Points to Remember <input type="checkbox"/> FP/EM <input type="checkbox"/> PTEM <input type="checkbox"/> CSEM <input type="checkbox"/> Other:
Healthcare Provider Signature: _____				Patient (or caretaker) verbalizes understanding of education given <input type="checkbox"/>
Date: _____				

SUBJECTIVE / PRESENTING PROBLEM:

OBJECTIVE: General Multi-System Examination

SYSTEM		NL	ABNORMAL		SYSTEM	NL	ABNORMAL
Constitutional	General appearance			<p>FRONT</p> 	Lymphatic	Neck, Axilla, Groin	
	Nutritional status				Musculoskeletal	Spine	
	Vital signs					ROM	
HEENT	Head: Fontanels, Scalp					Symmetry	
	Eyes: PERRL				Skin / SQ Tissue	Inspection(rashes)	
	Conjunctivae, lids					Palpation (nodules)	
	Ear: Canals, Drums				Neurological	Reflexes	
	Hearing					Sensation	
	Nose: Mucosa / Septum				Psychiatric	Orientation	
	Mouth: Lips, Palate					Mood / Affect	
	Teeth, Gums			<p>Tanner Stage: <input type="checkbox"/> typical <input type="checkbox"/> atypical</p>			
	Throat: Tonsils			<p>X-Ray: Type: _____ Result: <input type="checkbox"/> No Change</p>			
	Neck	Overall appearance			Date taken: _____	<input type="checkbox"/> Neg/Non-remarkable	
	Thyroid			Date read: _____	<input type="checkbox"/> Improved		
Respiratory	Respiratory effort			Date compared with: _____	<input type="checkbox"/> Worsening		
	Lungs			<p>TB Classification: <input type="checkbox"/> TB suspect</p>			
	Heart			<input type="checkbox"/> 0 No TB exposure, not infected			
Cardiovascular	Femoral / Pedal pulses			<input type="checkbox"/> I TB exposure, no evidence of infection			
	Extremities			<input type="checkbox"/> II TB infection, without disease			
Chest	Thorax			<input type="checkbox"/> III TB, clinically active			
	Nipples			<input type="checkbox"/> IV TB, not clinically active			
	Breasts			<p>Site of infection: <input type="checkbox"/> Pulmonary <input type="checkbox"/> Cavity <input type="checkbox"/> Non Cavity <input type="checkbox"/> Other:</p>			
Abdomen	Abdomen			<p>EXPLANATION OF ABNORMAL FINDINGS:</p>			
	Liver / Spleen						
Anus / Perineum	Anus / Perineum						
	Male: Scrotum						
Genitourinary	Testes						
	Penis						
	Prostate						
	Female: Genitalia						
	Vagina						
	Cervix						
	Uterus						
	Adnexa						

ASSESSMENT:

PLAN:

<p>Testing today: <input type="checkbox"/> N/A</p> <input type="checkbox"/> GC <input type="checkbox"/> Chlamydia <input type="checkbox"/> UA <input type="checkbox"/> TST <input type="checkbox"/> VDRL <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Pap <input type="checkbox"/> Lead <input type="checkbox"/> Hgb <input type="checkbox"/> Cholesterol <input type="checkbox"/> Blood Glucose <input type="checkbox"/> Urine PT / UCG: <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg Planned pregnancy? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Other:	<p>Medications: <input type="checkbox"/> N/A</p> <input type="checkbox"/> MV / Folic Acid # of bottles given _____ <input type="checkbox"/> Fluoride varnish applied <input type="checkbox"/> Fluoride drops <input type="checkbox"/> Other:	<p>Recommendations made to client, for scheduling of follow-up testing and procedures, based on assessment: <input type="checkbox"/> N/A</p> <input type="checkbox"/> Vision / Hearing <input type="checkbox"/> FBS / GTT <input type="checkbox"/> Speech <input type="checkbox"/> Lipid Screen <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Pap Smear <input type="checkbox"/> Hgb <input type="checkbox"/> Mammogram <input type="checkbox"/> Sickle Cell <input type="checkbox"/> Ultrasound <input type="checkbox"/> Lead <input type="checkbox"/> TST / CXR <input type="checkbox"/> UCG / HCG <input type="checkbox"/> Liver Panel <input type="checkbox"/> Developmental Scr. Tests <input type="checkbox"/> Other:	<p>Referrals made: <input type="checkbox"/> N/A</p> <input type="checkbox"/> PMD <input type="checkbox"/> HANDS <input type="checkbox"/> Pediatrician <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Specialist: <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Radiology <input type="checkbox"/> FP <input type="checkbox"/> MNT with RD <input type="checkbox"/> STD <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Social Services <input type="checkbox"/> 1-800-QUIT-NOW <input type="checkbox"/> Cooper Clayton Classes <input type="checkbox"/> Other:
---	---	---	---

Healthcare Provider Signature: _____ **Date:** _____ **Recommended RTC: Well-child exam** _____
Immunizations _____
Other: _____