

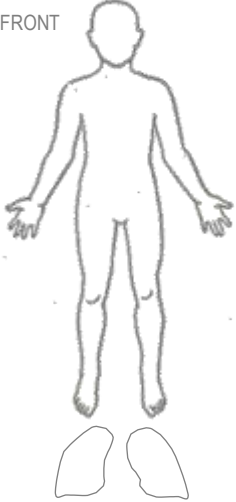

Fecha de hoy: ____ / ____ / ____ Edad: _____ Médico de cabecera: _____ LEP: Intérprete _____

POR FAVOR COMPLETE 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 (Con receta / Sin receta): <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:					
¿Desde la última visita del 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:					
Desde la última visita del paciente, ha habido cambios significativos de salud en los siguientes: <input type="checkbox"/> Paciente (niño) <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano Por favor describa cualquier cambio					
Desde la última visita del paciente, por favor marque si ha tenido cambios significativos en los siguientes: <input type="checkbox"/> Nivel educativo <input type="checkbox"/> Situación laboral <input type="checkbox"/> Estado civil <input type="checkbox"/> Condiciones de vida Por favor describa cualquier cambio					
Nutrición: marque los alimentos que 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 niño(a)? <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 comunes <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"/> Temor de abuso verbal/físico		Activo(a) Sexualmente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Método anticonceptivo: Sólo para el sexo masculino: ¿Usted examina sus testículos todos los meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Sólo para el sexo femenino: ¿Usted se examina las mamas todos los meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Primer día se su última menstruación: ____ / ____ / _____	
Evaluación del desarrollo: A continuación escoja su edad (el paciente) y marque las tareas alcanzadas.					
1-3 meses	4-6 meses	7-9 meses	10-12 meses	13-18 meses	19-24 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	<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	<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	<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	<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	<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	4-5 años	6-7 años	8-10 años	11-15 años	16-21 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	<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	<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	<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	<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	<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:			Fecha:		
TO BE COMPLETED BY HEALTHCARE PROVIDER (PARA SER LLENADO POR EL PROVEEDOR)					
Immunization Status: <input type="checkbox"/> Up to date by patient report <input type="checkbox"/> Records Requested <input type="checkbox"/> See Vaccine Administration Record <input type="checkbox"/> Vaccines given today			Lead Assessment: Verbal Risk Assessment: <input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> N/A Tested Today: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Referred for testing: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no		
Preventive Health Education topics discussed today <input type="checkbox"/> Diet / Nutrition <input type="checkbox"/> Physical activity <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"/> 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	
				Patient verbalizes understanding of education given <input type="checkbox"/>	
Healthcare Provider Signature:			Date:		

SUBJECTIVE / PRESENTING PROBLEM:

OBJECTIVE: General Multi-System Examination

SYSTEM	NL	ABNORMAL		SYSTEM	NL	ABNORMAL
Constitutional	General appearance		FRONT 	Lymphatic	Neck, Axilla, Groin	
	Nutritional status			Spine		
	Vital signs			Musculoskeletal	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		Tanner Stage: <input type="checkbox"/> typical <input type="checkbox"/> atypical			
Throat: Tonsils		X-Ray: Type: _____ Result: <input type="checkbox"/> No Change Date taken: _____ <input type="checkbox"/> Neg/Non-remarkable Date read: _____ <input type="checkbox"/> Improved Date compared with: _____ <input type="checkbox"/> Worsening				
Neck	Overall appearance		BACK 	TB Classification: <input type="checkbox"/> TB suspect <input type="checkbox"/> 0 No TB exposure, not infected <input type="checkbox"/> I TB exposure, no evidence of infection <input type="checkbox"/> II TB infection, without disease <input type="checkbox"/> III TB, clinically active <input type="checkbox"/> IV TB, not clinically active Site of infection: <input type="checkbox"/> Pulmonary Cavity Non Cavity <input type="checkbox"/> Other:		
Respiratory	Respiratory effort			EXPLANATION OF ABNORMAL FINDINGS:		
	Lungs					
Cardiovascular	Heart					
	Femoral / Pedal pulses					
	Extremities					
Chest	Thorax					
	Nipples					
	Breasts					
Gastrointestinal	Abdomen					
	Liver / Spleen					
	Anus / Perineum					
Genitourinary	Male: Scrotum					
	Testes					
	Penis					
	Prostate					
	Female: Genitalia					
	Vagina					
	Cervix					
	Uterus					
	Adnexa					

ASSESSMENT:

PLAN:

Testing today: <input type="checkbox"/> N/A <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:	Medications: <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> MV / Folic Acid # of bottles given _____ <input type="checkbox"/> Fluoride varnish applied <input type="checkbox"/> Fluoride drops <input type="checkbox"/> Other:	Recommendations made to client, for scheduling of follow-up testing and procedures, based on assessment: <input type="checkbox"/> N/A <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:	Referrals made: <input type="checkbox"/> N/A <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: _____