

Fecha de hoy: ____/____/____ Edad: ____ Proveedor de asistencia primaria: _____ LEP: Interpreter _____

HAGA EL FAVOR DE LLENAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN REFERENTE AL(A LA) PACIENTE:

¿Cuál es el motivo principal de la visita del(de la) paciente en el día de hoy?					
¿Está presentando el(la) paciente en el día de hoy algún problema o síntoma del que quisiera habarnos? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Si respondió que sí, haga el favor de dar una breve explicación:					
¿Es el(la) paciente alérgico(a) a alguna medicina o alimento? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Si respondió que sí, haga el favor de mencionar las medicinas o los alimentos a los que es alérgico(a) y la reacción que le provoca cada uno:					
Mencione los medicamentos actuales (Por receta / Sin receta): <input type="checkbox"/> Ninguno					
En el tiempo transcurrido desde su última visita, ¿ha tenido el(la) paciente alguna hospitalización, cirugía o alguna lesión de envergadura? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Si respondió que sí, haga el favor de dar una breve explicación:					
En el tiempo transcurrido desde su última visita, ¿han tenido alguna de las siguientes personas algún cambio de envergadura en su salud?: <input type="checkbox"/> Paciente (menor) <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Hermana/Hermano <input type="checkbox"/> Menor <input type="checkbox"/> Abuelos(s) Haga el favor de describir cualquier cambio que haya:					
Haga el favor de marcar si después de su última visita ha habido algún cambio en las siguientes cuestiones: <input type="checkbox"/> Estatus educacional <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Estado civil <input type="checkbox"/> Condiciones habitacionales Haga el favor de describir cualquier cambio que haya:					
Nutrición: marque los alimentos que come a diario <input type="checkbox"/> Leche / Lácteos <input type="checkbox"/> Cárnicos <input type="checkbox"/> Vegetales <input type="checkbox"/> Frutas <input type="checkbox"/> Panes o granos		¿Hay algo que le inquiete con respecto al peso del(de la) menor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Ejercicios <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Diariamente (1 hora) <input type="checkbox"/> 2-3x semana <input type="checkbox"/> Semanalmente	
Consumo tabáquico/ Expuesto(a) a fumadores (cigarrillos electrónicos, cigarrillos, tabacos, pipa, rapé húmedo, tabaco para mascar) <input type="checkbox"/> Nunca ha consumido <input type="checkbox"/> Ha estado expuesto(a) a fumadores <input type="checkbox"/> Ha consumido antes: tipo _____ ¿Por cuánto tiempo ha consumido? ____ <input type="checkbox"/> Consume ahora: tipo _____ (# por día ____)		Consumo de alcohol o de sustancias (marihuana, opioides, heroína, metanfetamina, etc.) <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Tipo _____ <input type="checkbox"/> ¿Cada cuánto tiempo? _____		Salud mental: (en los últimos 90 días) <input type="checkbox"/> Ningún problema <input type="checkbox"/> Depresión/ansiedad leve/moderada <input type="checkbox"/> Depresión/ansiedad severa <input type="checkbox"/> Pensamientos de agredirse a sí mismo(a)/a otros <input type="checkbox"/> Otros problemas de salud mental	
Salud dental <input type="checkbox"/> Cepillado diario <input type="checkbox"/> Uso diario del hilo dental Consulta dental: <input type="checkbox"/> cada 6 meses o <input type="checkbox"/> anualmente		Fuente de agua: <input type="checkbox"/> Pozo <input type="checkbox"/> Cisterna <input type="checkbox"/> Embotellada <input type="checkbox"/> Municipalidad		Viajes: <input type="checkbox"/> Ningún viaje <input type="checkbox"/> Fuera de los EE. UU., ¿a dónde y cuándo? _____ <input type="checkbox"/> Fuera de KY, ¿a dónde y cuándo? _____	
Maltrato / Negligencia / Violencia: <input type="checkbox"/> Ningún temor de sufrir daños <input type="checkbox"/> Presión para mantener relaciones sexuales <input type="checkbox"/> Necesidades cotidianas insatisfechas <input type="checkbox"/> Contacto sexual a la fuerza <input type="checkbox"/> Miedo de maltrato verbal/físico		Sexualmente activo(a): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Método anticonceptivo: Solo para los pacientes masculinos: ¿Se chequea el paciente los testículos todos los meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Solo para las pacientes femeninas: ¿Tiene un ciclo menstrual mensual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Primer día del último ciclo menstrual: ____/____/____ ¿Se chequea usted los senos todos los meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Evaluación del desarrollo: Elija a continuación su edad (la de su paciente) y marque las tareas logradas.					
1-3 meses		4-6 meses		7-9 meses	
<input type="checkbox"/> Igualdad de movimientos <input type="checkbox"/> Levanta la cabeza <input type="checkbox"/> Reacciona a los sonidos <input type="checkbox"/> Contempla el rostro <input type="checkbox"/> Sonríe		<input type="checkbox"/> Junta las manos / las extiende <input type="checkbox"/> Emite chillidos <input type="checkbox"/> Pone peso en los pies <input type="checkbox"/> Se da la vuelta <input type="checkbox"/> Se da la vuelta en dirección de los sonidos		<input type="checkbox"/> Se sienta sin ayuda <input type="checkbox"/> Busca los objetos <input type="checkbox"/> Se pone de pie sosteniéndose <input type="checkbox"/> Dice "mamá" o "papá" <input type="checkbox"/> Se agarra de algo y lo usa de palanca para ponerse de pie	
10-12 meses		13-18 meses		19-24 meses	
<input type="checkbox"/> Combina sílabas: "papapapa" <input type="checkbox"/> Usa el agarre de pinzas <input type="checkbox"/> Da palmadas <input type="checkbox"/> Mantiene la posición de parado – 5 segundos		<input type="checkbox"/> Se pone de pie solo o camina <input type="checkbox"/> Se inclina / Recupera su posición <input type="checkbox"/> Juega con pelotas/Garabatea <input type="checkbox"/> Usa vasos para beber <input type="checkbox"/> Se sabe 3 palabras		<input type="checkbox"/> Usa cuchara / tenedor <input type="checkbox"/> Corre / Patea el balón <input type="checkbox"/> Pone 3 bloques uno encima del otro <input type="checkbox"/> Se sabe 6 palabras <input type="checkbox"/> Se quita la ropa	
2-3 años		4-5 años		6-7 años	
<input type="checkbox"/> Combina palabras <input type="checkbox"/> Dice los nombres de ilustraciones/colores <input type="checkbox"/> Salta <input type="checkbox"/> Se pone la ropa <input type="checkbox"/> Se lava/se seca las manos <input type="checkbox"/> Dice el nombre de los amigos		<input type="checkbox"/> Habla con claridad <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 a los demás <input type="checkbox"/> Dibuja personas		<input type="checkbox"/> Modo de andar equilibrado <input type="checkbox"/> Se sabe el alfabeto <input type="checkbox"/> Cuenta <input type="checkbox"/> Diferencia entre lo que está bien y lo que está mal <input type="checkbox"/> Escribe en letra de molde	
8-10 años		11-15 años		16-21 años	
<input type="checkbox"/> Amigos del mismo sexo <input type="checkbox"/> Está consciente del mundo exterior <input type="checkbox"/> Va acumulando confianza en sí mismo(a) <input type="checkbox"/> Busca la independencia <input type="checkbox"/> Influencia de sus compañeros		<input type="checkbox"/> Busca privacidad <input type="checkbox"/> Se arriesga a veces <input type="checkbox"/> Amigos del mismo sexo <input type="checkbox"/> Amigos del sexo opuesto <input type="checkbox"/> Entiende las reglas <input type="checkbox"/> Buena imagen de sí mismo(a)		<input type="checkbox"/> Confianza en sí mismo(a) <input type="checkbox"/> Les da importancia a los amigos <input type="checkbox"/> Menos tiempo con la familia <input type="checkbox"/> Piensa en el futuro <input type="checkbox"/> Cuestiona reglas <input type="checkbox"/> Identidad sexual	
Firma del(de la) paciente/cuidador(a):			Fecha:		

TO BE COMPLETED BY HEALTHCARE PROVIDER (Esta parte la llena el proveedor de asistencia médica)

Immunization Status: Up to date by patient report Vaccines given today: _____

Lead Assessment: Verbal Risk Assessment: neg pos N/A
 Tested Today: yes no
 Referred for venous testing: yes no

VIS reviewed with parent/guardian and signed

Records Requested: PCP _____ KYIR _____ School _____

Date: _____ See Vaccine Administration Record

Preventive Health Education: topics discussed today

- Child development
- Immunizations
- Dental
- Hearing/Vision
- Lead exposure (ACH-25a)

- Diet / Nutrition
- Physical activity
- Safety
- Mental Health
- DV/SA
- ATOD/Cessation/SHS
- Diabetes

- Preconception /Folic Acid
- Prenatal / Genetics
- CVD
- Arthritis
- Osteoporosis
- Cancer
- Pelvic / Pap

- SBE /Mammogram
- STE / PSA
- HRT
- STD / HIV
- Minor FP: Sexual coercion. Abstinence. Benefits of parental involvement in choices.
- Options (FP/BC) counseling

Educational Handouts:
 Age-appropriate Points to Remember
 FP/EM PTEM CSEM
 Other:

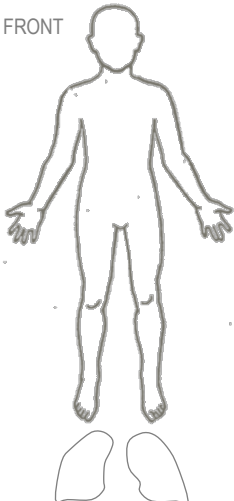
Patient verbalizes understanding of education given

Healthcare Provider Signature:

Date:

SUBJECTIVE / PRESENTING PROBLEM:

OBJECTIVE: General Multi-System Examination

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

ASSESSMENT:

PLAN:

Testing today: N/A

- GC Chlamydia
- UA TST
- VDRL HIV
- Pap Lead
- Hgb Cholesterol
- Blood Glucose
- Urine PT / UCG: Pos Neg
- Planned pregnancy? Yes No
- Hearing Screen Vision Screen
- Other:

Medications: N/A

- Fluoride varnish applied

- Fluoride drops ordered
- MVI/Folic Acid
- # of bottles given _____
- Other:

Recommendations made to client, for scheduling of follow-up testing and procedures, based on assessment:

- N/A
- Vision / Hearing FBS / GTT
- Speech Lipid Screen
- Dental Pap Smear
- Hgb Mammogram
- Sickle Cell Ultrasound
- Lead TST / CXR
- UCG / HCG Liver Panel
- Developmental Scr. Tests
- Other:

Referrals made: N/A

- PCP/Medical Home _____
- Specialist: _____
- HANDS WIC
- Dental Family Planning
- Radiology STD
- MNT with RD
- Medicaid
- Social Services
- Smoking Cessation
- Other:

Healthcare Provider Signature: _____

Date: _____

Recommended RTC: Well-child exam _____

Immunizations _____

Other: _____