

Dr. Amy Jatzlau
11-20 YEAR WCC - 11-20 AÑOS DE EDAD

Patient Name (Nombre): _____ Age of Patient (Edad): _____
Relationship to Patient (Relacion al paciente) _____ Date of Birth (Fecha de nacimiento): _____

I. FAMILY (Please complete the following) FAMILIA (Por favor complete el siguiente)

Any changes in the household since last visit? (Ha habido cambios en el hogar desde la última visita)? Yes/Si No
Number of adults and children living in home (Numero de adultos en casa): _____ Adults/Adultos _____ Children/Niños
Does anyone in the home smoke (Alguien en casa fuma)? Yes/Si No
Any pets (Hay mascotas en el hogar)? Yes/Si No Inside or Out (Adentro o Afuera)

II. FOOD (COMIDA)

Usual Number of Servings Per Day / Generalmente en numero porciones por día: (ex. ie.... 1,2,3,4,5)

_____ Milk/Leche
_____ Fruits/La Fruta
_____ Vegetables/Vegetales
_____ Meat, poultry, fish, eggs, & beans / Carne, aves de corral, pescado, huevos y frijoles
_____ Bread, cereal, rice, and pasta / Pan, cereal, arroz y pasta

III. MENTAL HEALTH / LA SALUD MENTAL

Does your child have problems with: Check all that apply / Su hijo tiene problemas con: Comprobar todos los que se aplican

___ Sleep/Dormir ___ School/Escuela ___ Grade/Grado ___ Substance Abuse/Use/Usos/abuso de sustancias
___ Adjustment to pubertal changes/Ajuste a los cambios puberales ___ Sexually Active/Sexualmente activos
___ Risk Taking/Asunción de riesgos ___ Eating Disorder/ El trastorno alimentario
___ School age parent/pregnant/Padres en la escuela, embarazada ___ Physical/Sexual Abuse/Abuso físico o Sexual
___ Depression/Suicidal thoughts/Pensamientos de depresión/Suicidal
___ Contact with juvenile/legal justice system/Ha tenido contacto con el sistema de justicia juvenil/legal
___ Relationship (with parents/siblings/peers)/Relación con los padres/hermanos/pares

IV. ADOLESCENTS HEALTH / SALUD DE LA ADOLESCENCIA

___ Allergies (Alergias) ___ Developmental delay (Retraso de desarrollo) ___ Learning disorder (Desorden de aprendizaje)
___ Asthma (Asma) ___ Ear Infections (Infecciones de oído) ___ Bladder/Kidney (Vejiga/Riñón)
___ Operations/Hospitalizations (Operaciones/Hospitalización) ___ Other (Otro): _____
___ Hearing/Vision problems (Problemas de audición/visión)

Menstrual-Onset/Inicio menstrual: _____ Frequency/Frecuencia: _____ Duration/Duración: _____
Cramps/Cólico: _____ Heavy Bleeding/Sangría pesada: _____

V. CONCERNS / PREOCUPACIONES:

___ Rashes/Infections - Erupciones / Infecciones ___ Hearing/Ear - Audición / Oído ___ Fractures - Fracturas
___ Bowel Movement - Movimiento intestinal ___ Urinary frequency/pain - Frecuencia / dolor urinario
___ Seizures/Coordination/ Walking - Convulsiones / Coordinación / Caminar
___ Heart Murmur/trouble breathing, wheezing - Soplo cardíaco / dificultad para respirar, sibilancias
___ Other - Otro: _____

Medications taken daily (Medicamentos tomados diario): _____

What concerns do you have for today's visit (Anotar cualquier preocupación o pregunta para la doctora la doctora)? _____

*RECENT CHANGES (Hay un cambio de): ___ Address/Dirección ___ Cell/Work Contact? Teléfono ___ Other/Otro _____

Parent/Guardian Signature (Firma del Padre/Tutor): _____ Date/Fecha: _____

*****FILL OUT THE BACK SIDE / RELLENA LA PARTE POSTERIOR *****

TB Information / Información sobre tuberculosis

TB is a disease caused by TB germs and is usually transmitted by an adult person with active TB disease. It is spread to another person by coughing or sneezing TB germs into the air. These germs may be breathed in by the child. Adults who have active TB usually have many of the following symptoms: cough for more than two weeks duration, loss of appetite, wt loss of 10 or more pounds over a short period of time, fever, chills, and night sweats. A person can have TB germs in his or her body and not have active TB disease. TB is preventable and treatable. TB skin testing is used to see if your child has been infected with TB germs. No vaccine is recommended for use in the US to prevent TB. The skin test is not a vaccination against TB.

La TB es una enfermedad causada por los gérmenes de la tuberculosis y generalmente es transmitida por una persona adulta con una enfermedad activa de TB. Se extiende a otra persona al toser o estornudar gérmenes de TB en el aire. Estos gérmenes pueden ser inhalados por el niño. Los adultos que tienen TB activa suelen tener muchos de los siguientes síntomas: tos por más de dos semanas de duración, pérdida de apetito, pérdida de peso de 10 o más libras durante un corto período de tiempo, fiebre, escalofríos y sudores nocturnos. Una persona puede tener gérmenes de TB en su cuerpo y no tener una enfermedad activa de TB. La TB es prevenible y tratable. El reposo cutáneo de la TB se usa para ver si su hijo ha sido infectado con gérmenes de la TB. No se recomienda ninguna vacuna para su uso en los Estados Unidos para prevenir la TB. La prueba cutánea no es una vacuna contra la tuberculosis. Necesitamos su ayuda para averiguar si su hijo ha estado expuesto a la tuberculosis.

We need your help to find out if your child has been exposed to TB / Cuestionario TB

Place a mark in the appropriate box. Coloque una marca en la casilla correspondiente. TB can cause fever of long duration, unexplained wt loss, a bad cough (lasting over two weeks.), or coughing up blood. (La tuberculosis puede causar fiebre de larga duración, pérdida de peso inexplicable, tos seca (que dura más de dos semanas) o tos con sangre.)	Yes SI	No	Don't know No lo sé
- Has your child been around anyone with any of these symptoms or problems?- ¿Su hijo ha estado cerca de alguien con alguno de estos síntomas o problemas? -Has your child been around anyone sick with TB?-¿Tu hijo ha estado cerca de alguien enfermo de tuberculosis?			
Was your child born in Mexico?/¿Su hijo nació en México? Or any other country in Latin America, the Caribbean, Africa, Easter Europe or Asia? ¿Cualquier otro país de América Latina, el Caribe, África, Pascua Europa o Asia?			
Has your child traveled in the past year to Mexico or any other country in Latin America, the Caribbean, Africa, Europe, or Asia for longer than 3 weeks? *If so, please specify which country/countries? ¿Su hijo viajó el año pasado a México oa cualquier otro país de América Latina, el Caribe, África, Europa o Asia por más de 3 semanas? * En caso afirmativo, especifique qué país / países?			
TO your knowledge, has your child spent time (longer than 3 weeks) with anyone who is/has been an IV drug user, HIV infected, in jail or prison or recently cam to the United States from another country? Según su conocimiento, ¿ha pasado su hijo (más de 3 semanas) con alguien que ha sido / ha sido un usuario de drogas intravenosas, infectado por el VIH, en la cárcel o en la cárcel o recientemente ha estado en Estados Unidos desde otro país?			
-Has your child been tested for TB? If yes, please specify date: ¿Su hijo ha sido examinado para la TB? En caso afirmativo, sírvase especificar la fecha:			
-Has your child ever had a positive TB skin test? If yes, please specify date: ¿Ha su hijo alguna vez una prueba positiva de la piel de la TB? En caso afirmativo, sírvase especificar la fecha:			