

12 MONTH WCC - 12 MESES DE EDAD

Patient Name (Nombre): _____ Date of Birth(Fecha de nacimiento): _____

Name of person filling out form: _____

Relationship to Patient (Relacion al paciente): _____

I. FAMILY(PLEASE COMPLETE THE FOLLOWING) FAMILIA (POR FAVOR CONTESTA LAS PREGUNTAS)

Any changes in the household since last visit?(Ha habido cambios en el hogar desde la última visita)? Yes/Si No

Number of adults living in home(Numero de adultos en casa): _____ Adults/Adultos _____ # of Children/Niños

Does anyone in the home smoke (Alguien en casa fuma)? Yes/Si No

Is your child in daycare (Esta asistiendo su bebe una guardria)? Yes/Si / No - Name of daycare(Cual)? _____

Any pets (Hay mascotas en el hogar)? Yes/Si No Inside or Out (Adentro o Afuera)

Home water supply(Que Tipo de agua usa en el hogar): City/Cuidad Well/Poso Other/Otro: _____

II. FOOD (COMIDA)

Breast fed (Alimentación de pecho): _____ Yes/Si _____ No

Length of feedings (Por cuanto tiempo(pecho)): _____

Number of feedings in 24 hours(Cuantas veces al dia come el bebe (pecho): _____

Formula fed(Alimentación de Formula): Yes /Si No Formula type (Tipo de Formula): _____

Ounces in 24 hours(Onzas en 24 horas (botella): _____

Solid foods (Alimento sólidos): Yes/Si No

Started at age(A los cuantos meses empezó): _____

Feedings Problems(Problemas de alimentación): _____

III. DEVELOPMENT (DESAROLLO)

12 MONTHS (Please mark all that apply to your child) 12 MESES (Por favor marque todos los que hace su hijo(a)

___ Plays appropriate with toys/Juega con juguetes

___ Bands two objects together/Grupos de dos objetos juntos

___ Names objects or people/Nombres de objetos o personas

___ Stands alone for at least 2 seconds/Está solo durante al menos 2 segundos

IV. HEARING CHECKLIST (AUDENCIA)

Does your baby give you toys or objects when you ask without having to gesture? Yes No

Su bebé le da juguetes u objetos cuando pides sin tener que gesto ? Si No

Does your baby point to familiar objects if you ask? Yes No

Su bebé punto a objetos familiares si pides ? Si No

V. CHILD'S HEALTH (SALUD DEL PACIENTE)

___ Allergies(Alergias) ___ Developmental delay(Retraso de desarrollo) ___ Learning disorder(Desorden de aprendizaje)

___ Asthma (Asma) ___ Ear Infections(Infecciones de oido) ___ Bladder/Kidney (Vejiga/Riñon)

___ Operations/Hospitalizations (Operaciones/Hospitalizaciones) ___ Hearing/Vision problems(Problemas de audicion/visión)

___ Other(Otro): _____

MEDICATIONS TAKEN DAILY(MEDICAMENTOS TOMADAS DIARIO): _____

What concerns do you have for today's visit (Anote cualquier preocupacion o pregunta para la doctora la doctora)?

**RECENT CHANGES (Hay un cambio de): _____ Address/Dirreccion _____ Cell/Work Contact?Telefono _____ Other/Otro

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

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 resting 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? ¿O 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:			

LEAD QUESTIONNAIRE / CUESTIONARIO DE PLOMO

Place a mark in the appropriate box. Coloque una marca en la casilla correspondiente.	Yes	No	Don't Know No lo sé
Does your child live in or visit a home, daycare or other building built before 1978?¿ Su hijo vive o visita una casa, guardería u otro edificio construido antes de 1978?			
Does your child live in or visit a home, daycare or other building with ongoing repairs or remodeling? ¿Su hijo vive o visita una casa, guardería u otro edificio con reparaciones o remodelaciones en curso?			
Does your child eat or chew on non-food things like paint chips or dirt? ¿Su niño come o mastica cosas no-alimentarias tales como virutas de pintura o suciedad?			
Does your child have a family member or friend who has or did have an elevated blood lead level? ¿Su hijo tiene un miembro de la familia o amigo que tiene o tenía un nivel elevado de plomo en la sangre?			
Is your child a newly arrived refugee or foreign adoptee? ¿Su hijo es un refugiado recién llegado o adoptado en el extranjero?			

***If "Yes" or "Don't Know" was checked above, Perform a Blood Lead Test.
Si se seleccionó "Si" o "No sabe", realice una prueba de plomo en la sangre.***