

2 MONTH - WCC

Name: _____ Date of Birth: _____

Your Name: _____

Relationship to patient: _____

SOCIAL HISTORY:

Any changes in household since last visit? Y/N _____

of adults in home? _____ # of children _____

Does anyone in the home smoke? Y/N _____

Is child in daycare? Y/N If yes, which? _____

Any Pets? Y/N Inside/Outside _____

Home water supply: City / Well / Other: _____

Any problems adjusting to the new baby? _____

FOOD:

Breast Fed or Bottle - Type of formula: _____

of feedings in 24 hours: _____ Length of feedings: _____

of ounces in 24 Hours(bottle): _____

Feeding Problems: _____

DEVELOPMENT:

_____ Smiles Responsively? _____ Inspect surroundings?

_____ Coos? _____ Lifts Head?

HEARING CHECKLIST:

_____ Does your baby get quiet when you talk to him/her?

_____ Does your baby act startled or stop moving for a moment when there are sudden loud noises?

CHILDS HEALTH: Does child have?

_____ Allergies _____ Asthma

_____ Bladder/Kidney Infection _____ Ear Inf.

_____ Operations/Hospitalizations

_____ Hearing/Vision Problems

_____ Developmental Delay: _____

_____ Medications Taken Daily: _____

DOES CAREGIVER HAVE CONCERNS ABOUT?

_____ Rashes Infections

_____ Eye Discharge, Excessive Tearing, and deviation

_____ Nasal Congestion / Cough

_____ History of Heart Murmur, Trouble breathing, Wheezing

_____ Bowel Movement Frequency, Vomiting

_____ Number of Wet Diapers, Normal Urine Stream

_____ Seizures, Coordinated Movements

_____ Range of Motion of Limbs, Fractures

DOES CHILD:

_____ Seem anxious, cries excessively or too little

_____ Seems listless or overactive

_____ Fails to respond socially _____ Seems inattentive

_____ Have eating/sleeping problems

_____ Have a history of neglect, physical, sexual or emotional abuse, prenatal substance abuse

Other Concerns you would like to address? _____

****RECENT CHANGES****

_____ Address _____ Phone _____ Insurance

****Parent/Guardian Signature****

CHEQUEO DE 2 MESES

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Su Nombre: _____

Relacion al paciente: _____

HISTORIA SOCIAL:

Algún cambio en el hogar desde la última visita? Si/No _____

de adultos que viven en el hogar? _____ # de niños _____

Alguien en la casa fuma? Si/No _____

Está su hijo en la guardería? Si/No ¿cuál? _____

Mascotas? Si/No Adentro / Afuera _____

Cual tipo de agua en hogar: ciudad, pozo, otro: _____

Algún problema para adaptarse al nuevo bebé? _____

COMIDA:

Amamantamiento o biberón - Marca de fórmula: _____

de alimentaciones/24 horas (pecho): _____ Duracion: _____

Numero de onzas en 24 Horas (biberon): _____

Problemas de alimentación: _____

DESARROLLO:

_____ Sonríe responsivamente _____ Levanta la cabeza

_____ Inspecciona los alrededores _____ El bebe arulla

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA AUDIENCIA:

_____ Se calla su bebé por un momento cuando habla

_____ Sobresalta o deja de moverse cuando hay ruidos repentinos y fuertes

DESARROLLO Tiene el niño?

_____ Alergias _____ Asma

_____ Infeccion de vejiga/riñón _____ Infeccion-oído

_____ Problemas de audición/visión

_____ Operaciones/Hospitalizaciones

_____ Retraso en el desarrollo: _____

_____ Medicamentos diariamente: _____

¿TIENE PREOCUPACIONES SOBRE?:

_____ Erupciones Infecciones

_____ Descarga de ojos, desgarro excesivo y desviación

_____ Congestión nasal / Toz

_____ Historia de soplo cardíaco, dificultad en respirar

_____ Estreñimiento / Diarrea, Vómitos

_____ Número de pañales mojados, flujo normal de orina

_____ Convulsiones, Movimientos Coordinados

_____ Rango de movimiento de las extremidades, fracturas

¿EL NIÑO:

_____ Parece ansioso, llora exageradamente o poco

_____ Parece apático o hiperactivo

_____ No responde socialmente _____ Parece inatento

_____ Tiene problemas para comer / dormir

_____ Tiene un historial de negligencia, abuso físico, sexual o emocional, abuso de sustancias prenatal

Otras preocupaciones que le gustaría abordar? _____

****CAMBIOS RECIENTES****

_____ Dirección _____ Teléfono _____ Aseguranza

****Firma del Padre / Tutor****