

Dr. Amy Jatzlau, M.D., P.A.

219-B E. Railroad, Giddings, TX 78942

P: 979-542-0710 - F: 979-542-0748

4 MONTH WCC - 4 MESES DE EDAD

Patient Name/Nombre (Paciente): _____ 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
Is your child in daycare (Esta asistiendo su bebe una guardria)? Yes/Si No If yes, which 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: _____
Any problems adjusting to the new baby(Hay Problemas ajustandose al nuevo bebe)? (Excessive fatigue or tearfulness/
cansancio excesivo o triesteza)? _____

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 empezo): _____
Feedings Problems(Problemas de alimentación): _____

III. DEVELOPMENT (DESAROLLO)

4 MONTHS (Please mark all that apply to your child) 4 MESES (Por favor marque todos los que hace su hijo(a))
____ Puts hands together/Pone las manos juntas ____ Vocalizes to show displeasure/Vocaliza para mostrar disgust
____ Holds steady/Tiene la cabeza firme

IV. HEARING CHECKLIST (AUDENCIA)

Does your baby turn his/her head to the sound of your voice if she cannot see you?	Yes	No
Su bebe gira su cabeza al sonido de su voz si el/ella no puede verlo?	Si	No
Does your baby smile or stop crying when someone he/she knows speaks?	Yes	No
Su bebe sonrie o deja de llorar cuando alguien que el/ella concoe hablar	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/vision)
__ 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: _____