

6 MONTH WCC – 6 MESES DE EDAD

Patient Name (Nombre): \_\_\_\_\_ DOB(Fecha de nacimiento): \_\_\_\_\_ Age(Edad): \_\_\_\_\_  
Your Name(Su Nombre): \_\_\_\_\_ Relationship to Patient (Relacion al paciente) \_\_\_\_\_

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 or 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)

6 MONTHS (Please mark all that apply to your child) 6 MESES (Por favor marque todos los que hace su hijo(a))  
\_\_\_\_ Reaches for objects (Alcanza objetos) \_\_\_\_\_ Vocally imitates (vocalmente imita, su turna para vocalizar?)  
\_\_\_\_ Rolls over (Se da vuelta) \_\_\_\_\_ Responds to own name (Responde a su nombre)

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 conoe 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: \_\_\_\_\_