

Dr. Amy Jatzlau

219-B E. Railroad, Giddings, TX 78942

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

9 MONTH WCC - 9 MESES 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

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: _____

II. FOOD (COMIDA)

Breast fed (Alimentación de pecho): _____ Yes/Si _____ No Length of feedings (Por cuanto tiempo (pecho)): _____

Number of feedings in 24 hours (Cuántas veces al día 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 empeco): _____

Feedings Problems (Problemas de alimentación): _____

III. DEVELOPMENT (DESAROLLO)

9 MONTHS (Please mark all that apply to your child) 9 MESES (Por favor marque todos los que hace su hijo(a))

___ Puts food in mouth w/ hands /Pone comida en la boca con las manos

___ Passes objects from hand to hand /Pasa objetos de una mano a otra

___ Stands while holding /Está parado mientras se mantiene

IV. HEARING CHECKLIST (AUDENCIA)

Does your baby stop and pay attention when you say no or call his/her name? Yes No

Su bebé parar y prestar atención cuando dice no o su nombre? Si No

Does your baby move to find out where sound is coming from? Yes No

Hace su cabeza de movimiento del bebé para averiguar donde sonido proviene de? Si No

Does your baby make long strings of sound /Su bebé hace largas cuerdas de sonido? Yes/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 oído) ___ Bladder/Kidney (Vejiga/Riñón)

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

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/Dirreccion ___ Cell/Work Contact? Telefono ___ Other/Otro

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