

WCC BIRTH – 1 MONTH

Date of Birth: _____ Age: _____

Patient Name: _____

Relationship to patient: _____

SOCIAL HISTORY:

With whom does the patient live? _____

of Adults: _____ # of Kids: _____

Tobacco exposure? Y/N _____

Pet exposure? Y / N _____ Inside / Outside _____

Will be attending daycare? Y/N, which? _____

Home water supply: Well / City / Other? _____

DIET:

Breast / Bottle – Brand of Formula: _____

Frequency of feeds: _____ Ounces / feeding: _____

Length of feeding(breast): _____

Feeding problems: _____

Number wet diapers/last 24 hours: _____

Number stools/last 24 hours: _____

DEVELOPMENT: Does child

_____ Have eye contact?

_____ Startle to loud noises?

_____ Have equal movements of limbs?

_____ Lift head?

FAMILY HISTORY:

DOES CARETAKER HAVE CONCERNS ABOUT?

_____ Rashes, infections, jaundice, cyanosis

_____ Hearing problems

_____ Eye d/c, excessive tearing

_____ Nasal congestion

_____ History of heart murmur, trouble breathing, wheezing

_____ Bowel movement frequency, vomiting

_____ Circumcision, number of wet diapers

_____ Seizures, sucking reflex, swallowing

_____ Range of motion of limbs

DOES CHILD?

_____ Seem anxious, cries excessively or too little, irritable

_____ Seems listless or overactive

_____ Fails to respond socially

_____ Seems inattentive

_____ Have feeding or sleeping problems

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

Any other concerns: _____

RECENT CHANGES

___ Address ___ Phone ___ Insurance

Parent/Guardian Signature

CHEQUEO-RECIÉN NACIDO – UN MES

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Nombre de Paciente: _____

Relacion al paciente: _____

HISTORIA SOCIAL:

¿Con quién vive el paciente? _____

de Adultos: _____ # de Niños: _____

¿Exposición al tabaco? Si / No _____

¿Exposición de mascotas? Si/No Adentro / Afuera _____

¿Irà a la guardería? Si / No ¿Cuál? _____

¿Tipo de hagua en hogar? Ciudad / Pozo / Otro: _____

DIETA:

Amamantado/biberón-Marca de formula? _____

Frecuencia de alimentación: _____ Oz./alimentación: _____

Duración de la alimentación (pecho): _____

Problemas de alimentación: _____

Número de pañales mojados / últimas 24 horas: _____

Numero de pañales sucios / últimas 24 horas: _____

DESARROLLO: ¿El bebé?

_____ ¿Tiene contacto visual?

_____ ¿Sobresalta al ruido fuerte?

_____ ¿Tiene movimientos iguales de las extremidades?

_____ ¿Levanta la cabeza?

HISTORIA FAMILIAR:

¿EL CONSEJERO TIENE PREOCUPACIONES SOBRE?

_____ Erupciones, infecciones, ictericia, cianosis

_____ Problemas Escuchando

_____ Ojo - lagrimeo excesivo

_____ Congestión nasal

_____ Soplo cardíaco, dificultad para respirar, sibilancias

_____ Frecuencia del movimiento intestinal, vómitos

_____ Circuncisión, número de pañales mojados

_____ Convulsiones, reflejo de succión, deglución

_____ Rango de movimiento de las extremidades

¿EL NIÑO?

_____ Es ansioso, llora excesivamente o poco, irritable

_____ Parece apático o hiperactivo

_____ No responde socialmente:

_____ Parece desatento

_____ Tiene problemas de alimentación o de sueño

_____ Tiene antecedentes de negligencia, abuso físico, sexual o emocional, abuso de sustancias prenatales?

Otra pregunta para la doctora: _____

CAMBIOS RECIENTES

___ Dirección ___ Teléfono ___ Aseguranza

Firma del Padre / Tutor