

Dr. Amy Jatzlau

219-B E. Railroad, Giddings, TX 78942

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

3-5 YEAR WCC - 3-5 AÑOS 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(Número 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)

Please Circle all that apply / Por favor, circule las que apliquen: Bottle / Botella Breast/Pecho Cup/Taza

Usual Number of Servings Per Day/Generalmente en numero porciones por día: (ex. ie., 1,2,3,4,5)

_____ Milk/Leche (Circle One/Círculo de su elección): Whole/Entera Soy/Soya 2% _____ Formula

_____ Fruits

_____ Vegetables/Vegetales

_____ Meat, poultry, fish, eggs, & beans/Carne, aves de corral, pescado, huevos y frijoles

_____ Bread, cereal, rice, and pasta / Pan, cereal, arroz y pasta

III. DEVELOPMENT (DESAROLLO)

3 YEARS

__ Brush teeth with help/Cepillo de dientes con ayuda

__ Build a tower of 6 cubes/Construir una torre de 6 cubo

__ Use pronouns (I,You,Me)/Usa pronombres (yo, tú)

__ Throw a ball overhead/Lanzar una pelota arriba

5 YEARS

__ Brush teeth with no help/Cepillo de dientes sin la ayuda

__ Carry on a conversation/Mantener una conversación

__ Copy & Sign/Copia y muestra

__ Balance on 1 foot for 3 seconds/Balance a 1 pie por 3 segundos

4 YEARS

__ Express needs,3-6 sentences/Expresar necesidades,sentencias de 3-6

__ Balance on 1 foot for 2 seconds/Balance a 1 pie por 2 segundos

__ Wiggle Thumb/Mueva el pulgar

__ Put on a shirt/Poner en una camiseta

IV. CHILDS HEALTH (SALUD DEL PACIENTE)

__ Allergies(Alergias) __ Developmental delay(Retraso de desarrollo)

__ Asthma (Asma) __ Ear Infections(Infecciones de oído)

__ Operations/Hospitalizations (Operaciones/Hospitalizacion

__ Hearing/Vision problems(Problemas de audicion/visión)

__ Learning disorder(Desorden de aprendizaje)

__ Bladder/Kidney (Vejiga/Riñon)

__ Other(Otro): _____

V. CONCERNS / PREOCUPACIONES:

__ Rashes/Infections - Erupciones / Infecciones

__ Bowel Movement - Movimiento intestinal

__ Seizures/Coordination/ Walking - Convulsiones / Coordinación / Caminar

__ Heart Murmur/trouble breathing, wheezing - Soplo cardíaco / dificultad para respirar, sibilancias

__ Other - Otro: _____

__ Hearing/Ear - Audición / Oído

__ Urinary frequency/pain - Frecuencia / dolor urinario

__ Fractures - Fracturas

Medications taken daily(Medicamentos tomados 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/Dirrecion __ Cell/Work Contact?Telefono __ Other/Otro

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

*****FILL OUT THE BACK SIDE / RELLENA LA PARTE POSTERIOR *****

