

WCC 6-10 YEARS

DOB: _____ Age: _____

Name: _____

Relationship to patient: _____

FAMILY:

Any changes since your last visit? Y/N _____

With whom does the patient live? _____

Number of adults in the home: _____ Children _____

Where does the child stay during the day? _____

Does anyone in the home smoke? Y/N _____

Home water source: City /Well, Other: _____

FOOD:

Usual Servings per day? _____

____ Milk _____ Veggies _____ Fruits

____ Breads, Cereal, rice and Pasta

____ Meat, Poultry, Fish, Eggs and dry beans

Eating problems: _____

MENTAL HEALTH:

Does your child have any problems with : _____

____ Sleep _____ Behavior _____ School

____ Current Grade _____ Self Concept

____ Substance Abuse/use

____ Relationships with parents, siblings, peers

____ No/excessive activities

CHILD'S HEALTH:

____ Allergies incl. Med. allergies: _____

____ Asthma _____ Bladder/Kidney Inf.

____ Developmental Delay _____ Learning Disorder

____ Ear infections _____ Hearing/Vision Problem

____ Dental Care

____ Medications taken daily: _____

____ Operations / Hospitalizations: _____

____ Had chicken pox? _____ Date: _____

DO YOU HAVE ANY CONCERNS ABOUT:

____ Rash/Infections

____ Eye d/c tearing or blinking

____ Hx of heart murmur, trouble breathing, or wheezing

____ BM frequency, soiling

____ Pain with urination or discharge

____ Seizures, coordination, walking

____ Fractures

Any other concerns: _____

****RECENT CHANGES****

____ Address _____ Phone _____ Insurance

****Parent / Guardian Signature******CHEQUEO 6-10 AÑOS**

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Nombre: _____

Relación con el paciente: _____

FAMILIA:

Algún cambio desde tu última visita? SI / NO _____

Con quién vive el paciente? _____

Número de adultos en el hogar: _____ Niños _____

Dónde se queda el niño durante el día? _____

Fuma alguien en la casa? Si / No _____

Tipo de agua del hogar: Ciudad / Pozo / Otro: _____

COMIDA:

¿Porciones habituales por día? _____

____ Leche _____ Veggies _____ Frutas

____ Panes, Cereales, Arroz Y Pasta.

____ Carne, pollo, pescado, huevos y frijoles secos

Problemas de alimentación: _____

SALUD MENTAL:

Tiene su hijo algún problema con: _____

____ Sueño _____ Comportamiento _____ Escuela

____ Grado _____ Concepto propio

____ Uso / abuso de sustancias

____ Relaciones con padres, hermanos, compañeros

____ No / actividades excesivas

SALUD DEL NIÑO:

____ Alergias incl. Medicina. alergias: _____

____ Asma _____ Inf. De vejiga / riñón

____ Dev. Retraso _____ Trastorno de aprendizaje

____ Efecto de infección _____ Cuidado dental

____ Problema de audición / visión

____ Medicaciones diariamente: _____

____ Operaciones / Hospitalizaciones: _____

____ Has tenido varicela? _____ Fecha: _____

¿TIENE ALGUNA PREGUNTA SOBRE:

____ Erupción / Infecciones

____ Eye d / c desgarrándose o parpadeando

____ Hx de soplo cardíaco, dificultad para respirar

____ BM frecuencia, ensuciamiento

____ Dolor con la micción o descarga

____ Emisiones, coordinación, marcha.

____ Fracturas

Otra pregunta para la doctora: _____

****CAMBIOS RECIENTES****

____ Dirección _____ Teléfono _____ Aseguranza

****Firma del Padre / Tutor****

TB Information / Información sobre tuberculosis

TB is a disease caused by TB germs and is usually transmitted by an adult person with active TB disease. It is spread to another person by coughing or sneezing TB germs into the air. These germs may be breathed in by the child. Adults who have active TB usually have many of the following symptoms: cough for more than two weeks duration, loss of appetite, wt loss of 10 or more pounds over a short period of time, fever, chills, and night sweats. A person can have TB germs in his or her body and not have active TB disease. TB is preventable and treatable. TB skin resting is used to see if your child has been infected with TB germs. No vaccine is recommended for use in the US to prevent TB. The skin test is not a vaccination against TB. (La TB es una enfermedad causada por los gérmenes de la tuberculosis y generalmente es transmitida por una persona adulta con una enfermedad activa de TB. Se extiende a otra persona al toser o estornudar gérmenes de TB en el aire. Estos gérmenes pueden ser inhalados por el niño. Los adultos que tienen TB activa suelen tener muchos de los siguientes síntomas: tos por más de dos semanas de duración, pérdida de apetito, pérdida de peso de 10 o más libras durante un corto período de tiempo, fiebre, escalofríos y sudores nocturnos. Una persona puede tener gérmenes de TB en su cuerpo y no tener una enfermedad activa de TB. La TB es prevenible y tratable. El reposo cutáneo de la TB se usa para ver si su hijo ha sido infectado con gérmenes de la TB. No se recomienda ninguna vacuna para su uso en los Estados Unidos para prevenir la TB. La prueba cutánea no es una vacuna contra la tuberculosis.

Necesitamos su ayuda para averiguar si su hijo ha estado expuesto a la tuberculosis)

We need your help to find out if your child has been exposed to TB / Cuestionario TB

Place a mark in the appropriate box. Coloque una marca en la casilla correspondiente. TB can cause fever of long duration, unexplained wt loss, a bad cough (lasting over two weeks.), or coughing up blood. (La tuberculosis puede causar fiebre de larga duración, pérdida de peso inexplicable, tos seca (que dura más de dos semanas) o tos con sangre.)	Yes Si	No	Don't know No lo sé
- Has your child been around anyone with any of these symptoms or problems?- ¿Su hijo ha estado cerca de alguien con alguno de estos síntomas o problemas? -Has your child been around anyone sick with TB?-¿Tu hijo ha estado cerca de alguien enfermo de tuberculosis?			
Was your child born in Mexico?/¿Su hijo nació en México? Or any other country in Latin America, the Caribbean, Africa, Easter Europe or Asia? ¿O cualquier otro país de América Latina, el Caribe, África, Pascua Europa o Asia?			
Has your child traveled in the past year to Mexico or any other country in Latin America, the Caribbean, Africa, Europe, or Asia for longer than 3 weeks? *If so, please specify which country/countries? ¿Su hijo viajó el año pasado a México oa cualquier otro país de América Latina, el Caribe, África, Europa o Asia por más de 3 semanas? * En caso afirmativo, especifique qué país / países?			
TO your knowledge, has your child spent time (longer than 3 weeks) with anyone who is/has been an IV drug user, HIV infected, in jail or prison or recently cam to the United States from another country? Según su conocimiento, ¿ha pasado su hijo (más de 3 semanas) con alguien que ha sido / ha sido un usuario de drogas intravenosas, infectado por el VIH, en la cárcel o en la cárcel o recientemente ha estado en Estados Unidos desde otro país?			
Has your child been tested for TB? If yes, please specify date: ¿Su hijo ha sido examinado para la TB? En caso afirmativo, sírvase especificar la fecha:			
Has your child ever had a positive TB skin test? If yes, please specify date: ¿Ha su hijo alguna vez una prueba positiva de la piel de la TB? En caso afirmativo, sírvase especificar la fecha:			

LEAD QUESTIONNAIRE / CUESTIONARIO DE PLOMO

Place a mark in the appropriate box. Coloque una marca en la casilla correspondiente.	Yes	No	Don't Know No lo sé
Does your child live in or visit a home, daycare or other building built before 1978? ¿ Su hijo vive o visita una casa, guardería u otro edificio construido antes de 1978?			
Does your child live in or visit a home, daycare or other building with ongoing repairs or remodeling? ¿Su hijo vive o visita una casa, guardería u otro edificio con reparaciones o remodelaciones en curso?			
Does your child eat or chew on non-food things like paint chips or dirt? ¿Su niño come o mastica cosas no-alimentarias tales como virutas de pintura o suciedad?			
Does your child have a family member or friend who has or did have an elevated blood lead level? ¿Su hijo tiene un miembro de la familia o amigo que tiene o tenía un nivel elevado de plomo en la sangre?			
Is your child a newly arrived refugee or foreign adoptee? ¿Su hijo es un refugiado recién llegado o adoptado en el extranjero?			

*If "Yes" or "Don't Know" was checked above, Perform a Blood Lead Test.
Si se seleccionó "Sí" o "No sabe", realice una prueba de plomo en la sangre.*