



Well Child Questionnaire

Name: _____

Date: _____

Do you have any concerns about your child today? Yes No

When was last well exam (age)? _____ Has your child seen a dentist? Yes No

Do you vaccinate your child? Yes No Are the vaccinations up to date? Yes No

Does your child see any specialists? Yes No

Doctor _____

Condition seen for _____

Social/Environmental History

Parents (circle): married, separated, living together

Who lives with the child: _____

Do parents work outside of the home? Yes No

School Attended and Grade: _____

Daycare/MDO: _____

Problems and home or school: Yes No _____

Where does the child sleep? _____ Does your child sleep well? Yes No

Does your child use a car/booster seat? Yes No Smokers in/out of the home? Yes No

Is your house childproofed? Yes No Guns in the home? Yes No

Is child in sports/school activities? Yes No _____

Problems going to the restroom? Yes No _____

Feeding/Diet: (circle all that apply)

Infants/Toddlers:

Breast/Bottle

Table food/Gerber _____ jars per day

Formula/Cow's Milk/Other _____ oz per day

Children/Teens

Healthy diet

Little junk Food

Mostly junk Food

Patient Tobacco History (older than 13 years old)

Never smoker Yes No

Current smoker Yes No

Former smoker Yes No

Menstrual Cycle

Has started period Yes No

Has monthly period Yes No

Age of first period: _____ Years

Last menstrual period _____

Lista de comprobación de audición para los padres

Información del cliente

Nombre: _____
 Fecha de Nac.: ____/____/____ Edad: ____ Sexo: ____
 No. de SS/Expediente: _____
 Raza o etnicidad: _____
 Informante/Parentesco: _____
 Médico personal: _____

De 0 a 3 años	Si	No	
De 0 a 3 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su bebé se tranquiliza por un momento cuando le habla?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su bebé actúa sorprendido o deja de moverse por un momento cuando hay ruidos fuertes repentinos?
De 4 a 6 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su bebé dirige la mirada o gira la cabeza hacia el sonido de su voz si no la está viendo?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su bebé sonríe o deja de llorar cuando le habla usted u otra persona que él conoce?
De 7 a 9 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su bebé deja de hacer lo que está haciendo y pone atención cuando le dice "no" o lo llama por su nombre?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su bebé gira la cabeza hacia todos lados y trata de encontrar de dónde viene algún sonido nuevo?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su bebé hace sonidos repetidos ("gu-gú, dadá")?
De 10 a 15 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su bebé le da a usted juguetes u otros objetos (la botella) cuando se los pide, sin tener que usar gestos (extender la mano o señalar)?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su bebé señala con el dedo objetos familiares si se lo pide ("el perro", "la luz")?
De 16 a 24 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su hijo usa principalmente la voz para conseguir lo que quiere o cuando quiere comunicarse con usted?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su hijo puede ir a buscar objetos familiares guardados en lugares regulares si usted se lo pide ("Vé por tus zapatos")?
De 25 a 36 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su hijo responde a diferentes tipos de preguntas ("Cuándo", "Quién", "Qué")?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su hijo distingue sonidos diferentes (el timbre del teléfono, gritos, el timbre de la puerta)?

Si contestó "No" a cualquiera de las preguntas anteriores pida a su médico un examen auditivo para su bebé. Se puede examinar a los bebés tan pronto como el día de su nacimiento.

Fecha de la visita	Edad	Resultado	Firma del proveedor
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			



Departamento de servicios médicos estatales
 Publicación No. FFO5-1223-4
 8.03

Cuestionario sobre su niño y la Tuberculosis.

Nombre del niño (a): _____ Fecha de nacimiento: _____

Su nombre: _____

Fecha: _____

Necesitamos su ayuda para saber si su niño(a) ha estado expuesto a la enfermedad de la tuberculosis.

La tuberculosis es causada por gérmenes. Esta enfermedad comúnmente se transmite mediante la tos o un estornudo. Una persona puede tener los gérmenes de la tuberculosis en su cuerpo pero no estar activos. La tuberculosis puede tratarse y prevenirse. Sus respuestas a las preguntas que aparecen abajo nos dirán si su niño(a) podría haber estado expuesto(a) a la tuberculosis. Si sus respuestas nos dicen que su niño(a) pudo haber estado expuesto a los gérmenes de la tuberculosis, queremos hacerle un examen de tuberculosis en la piel. Este examen no es una vacuna contra la tuberculosis pero puede prevenir la enfermedad. Sólo nos dejará saber si su niño(a) tiene gérmenes de tuberculosis.

Marque la casilla con su respuesta:	Si	No	No sé
1. ¿Le han hecho un examen de la tuberculosis recientemente a su niño(a)? Sí? (si contesta sí, díganos la fecha) ____ / ____ / ____			
2. ¿Tuvo alguna vez su niño(a) una reacción positiva al examen de la tuberculosis? Sí? (si contesta sí, díganos la fecha) ____ / ____ / ____			
3. La tuberculosis puede causar fiebre que puede durar días y hasta semanas. También puede causar pérdida de peso, tos severa (puede durar hasta dos semanas), o tos con sangre.			
a. ¿Ha estado su niño(a) cerca de una persona con estos síntomas?			
b. ¿Ha estado su niño(a) cerca de alguna persona enferma con tuberculosis?			
c. ¿Ha tenido su niño(a) alguna vez uno de estos problemas o los tiene ahora?			
4. ¿Nació su niño(a) en México o en algún otro país fuera de los Estados Unidos? ¿En qué país (fuera de los Estados Unidos) nació su niño(a)?			
5. ¿Viajó su niño(a) a México o a cualquier otra parte de América Latina, el Caribe, África, Europa Oriental o Asia por más de 3 semanas? ¿Qué país o países visitó su niño(a)?			
6. ¿Sabe si su niño(a) pasó más de 3 semanas con alguna persona que:			
Usa jeringuillas para usar droga?			
Tiene VIH?			
Ha estado en la cárcel?			
Ha llegado recientemente a los Estados Unidos desde otro país?			

FOR THE PROVIDER:

If the prior test was negative and the answer to #4 is yes, the child does not need a repeat skin test.

If the prior test was negative and occurred at least 8 weeks after the situation described in #3a, 3b, 5, or 6, the child does not need a repeat skin test.

If the prior test was positive, the child does not need a repeat skin test; but a positive answer to #3c would indicate a chest x-ray as soon as possible.

TST administered Yes ___ No ___

If yes, Date administered ____/____/____ Date read ____/____/____ TST reaction _____ mm

TST provider _____
Signature _____ Printed Name _____

If chest x-ray done, date ____/____/____ and results _____

Provider phone number (____) _____ City _____ County _____

If positive, referral to local/regional health department/specialist? Yes ___ No ___

If yes, name of health dept./specialist _____

Contact your local or regional health department if assistance is needed.



Lead Risk Questionnaire

Form Pb-110

Purpose: To identify children who need to be tested for lead exposure.

Instructions

- If **Yes or Don't Know**, test the child immediately.
- You may administer a blood lead test instead of using this questionnaire.
- For more information, contact the Texas Childhood Lead Poisoning Prevention Program at: 1-800-588-1248.

Patient's Name: _____ DOB: _____ Medicaid #: _____

Provider's Name: _____ Administered by: _____ Date _____

Questions (Spanish Version)

	Si o No lo se	No
1. ¿Tu hijo vive o visita una casa, guardería, u otro edificio construido antes 1978?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tu hijo vive o visita una casa, guardería, u otro edificio que se está reparando o remodelando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Tu hijo come o muerde cosas que no son comida, como pedazos de pintura o tierra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tu hijo tiene algun familiar o amigo que tiene o que tuvo niveles altos de plomo en la sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Tu hijo es un refugiado recién llegado or un adoptado del extranjero?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Tu hijo esta en contacto con un adulto que trabaja o con pasatiempos que este expuesto al plomo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ejemplos <ul style="list-style-type: none"> • Construcción o reparación de casas • Preparación de químicos • Terminado de muebles • Fabricación o reparación de baterías • Fundición de latón/cobre • Fabricación de cerámica • Quema de madera pintada con plomo • Fabricación de pesas para pescar • Industria del plomo • Taller mecánico para autos o deshuesadero • Ir a un campo de tiro o recargar balas • Soldadura • Partes sueltas para tubos de cañerías y válvulas • Reparación de radiadores 		
7. ¿Su familia usa productos de otros países como alfarería, cerámica, remedios caseros, especias o comida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ejemplos <ul style="list-style-type: none"> • El plomo se ha encontrado en medicinas tradicionales como Ayurvedic, greta, azarcón, alarcón, alkohl, bali goli, coral, ghasard, liga, pay-loo-ah, rueda • Cosméticos como kohlr, surma, y sindor • Cerámica importada o glaseada, dulces importados, y píldoras alimenticias con excepción de las vitaminas. • Productos enlatados o empacados fuera de los estados unidos. 		

Test Immediately

