

HISTORIAL PEDIÁTRICO INICIAL Y EXAMEN FÍSICOFecha de hoy: ____/____/____ Edad: ____ Proveedor de asistencia primaria: _____ LEP: Interpreter _____**HAGA EL FAVOR DE LLENAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN REFERENTE AL(A LA) PACIENTE:**

¿Cuál es el motivo principal de la visita del(de la) paciente en el día de hoy?			
¿Está presentando el(la) paciente en el día de hoy algún problema o síntoma del que quisiera hablarnos? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Si respondió que sí, haga el favor de dar una breve explicación:			
¿Es el(la) paciente alérgico(a) a alguna medicina o alimento? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Si respondió que sí, haga el favor de mencionar las medicinas o los alimentos a los que es alérgico(a) y la reacción que le provoca cada uno:			
Mencione los medicamentos actuales (Por receta / Sin receta): <input type="checkbox"/> Ninguno			
En el tiempo transcurrido desde su última visita, ¿ha tenido el(la) paciente alguna hospitalización, lesión o cirugía? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Si respondió que sí, haga el favor de dar una breve explicación:			
Condiciones habitacionales del(de la) paciente: <input type="checkbox"/> Vive solo(a) <input type="checkbox"/> Con la familia: # menores en el hogar _____ <input type="checkbox"/> Con un(a) compañero(a) de piso <input type="checkbox"/> En un hogar grupal o de crianza			
Estado civil del(de la) paciente: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)			
Educación del(de la) paciente: <input type="checkbox"/> No es estudiante. <input type="checkbox"/> Es estudiante: Grado: _____ Escuela _____ Máximo nivel educacional alcanzado: _____		Empleo del(de la) paciente: <input type="checkbox"/> No tiene empleo <input type="checkbox"/> Sí tiene empleo: ¿Dónde? _____ Nombre del proveedor de cuidado infantil _____ ¿Proveedor alternativo de cuidado infantil? _____	
Favor de marcar si el paciente tiene o ha tenido alguna de las siguientes cuestiones: <input type="checkbox"/> NINGUNA QUEJA POR EL MOMENTO <input type="checkbox"/> Diagnóstico de COVID-19 confirmado por medio de: <input type="checkbox"/> Prueba rápida <input type="checkbox"/> PCR FECHA: _____			
CONSTITUCIONAL <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Dificultad para dormir <input type="checkbox"/> Fiebre/escalofríos <input type="checkbox"/> Sudoraciones nocturnas <input type="checkbox"/> Cambio de peso reciente	CABEZA, CARA, CUELLO <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza <input type="checkbox"/> Disminución de la expresión facial <input type="checkbox"/> Reciente pérdida del cabello <input type="checkbox"/> Sensibilidad del cuero cabelludo <input type="checkbox"/> Inflamación de glándulas en el cuello	CARDIOVASCULAR <input type="checkbox"/> Angina o infarto <input type="checkbox"/> Dolor o presión en el pecho <input type="checkbox"/> Latidos cardíacos rápidos o irregulares <input type="checkbox"/> Inflamación de pies/tobillos <input type="checkbox"/> Mala circulación <input type="checkbox"/> Trombosis <input type="checkbox"/> Presión arterial alta	RESPIRATORIO <input type="checkbox"/> Asma o sibilancia <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Tos con mucosidad <input type="checkbox"/> Tos crónica o frecuente <input type="checkbox"/> Tos seca <input type="checkbox"/> Dolor al respirar <input type="checkbox"/> Escupe/tose sangre
OJOS <input type="checkbox"/> Visión borrosa o doble <input type="checkbox"/> Resequedad/enrojecimiento <input type="checkbox"/> Usa anteojos o lentes de contacto <input type="checkbox"/> Cataratas <input type="checkbox"/> Glaucoma	PECHO/MAMAS <input type="checkbox"/> Secreción de las mamas <input type="checkbox"/> Nódulos en las mamas <input type="checkbox"/> Dolor de mamas <input type="checkbox"/> Implantes de mamas	GENITOURINARIO <input type="checkbox"/> Dolor o ardor al orinar <input type="checkbox"/> Sangre o pus en la orina <input type="checkbox"/> Incontinencia o goteo <input type="checkbox"/> Secreciones vaginales <input type="checkbox"/> Menstruaciones irregulares <input type="checkbox"/> Menstruaciones dolorosas <input type="checkbox"/> Problemas de próstata <input type="checkbox"/> Dolor en los testículos <input type="checkbox"/> Dificultades sexuales <input type="checkbox"/> Erupción o úlceras genitales	MUSCULOESQUELÉTICO <input type="checkbox"/> Dolor de espalda <input type="checkbox"/> Extremidades frías <input type="checkbox"/> Entumecimiento u hormigueo <input type="checkbox"/> Parálisis <input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones <input type="checkbox"/> Rigidez o inflamación de las articulaciones <input type="checkbox"/> Debilidad en los músculos o las articulaciones <input type="checkbox"/> Camina con ayuda de accesorios <input type="checkbox"/> Dificultad para subir escaleras
OÍDOS/NARIZ/BOCA/GARGANTA <input type="checkbox"/> Dolor de oídos o drenaje <input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición <input type="checkbox"/> Sinusitis/problemas sinusales <input type="checkbox"/> Hemorragias nasales <input type="checkbox"/> Dolores de garganta frecuentes <input type="checkbox"/> Sequedad en la boca <input type="checkbox"/> Mal aliento/mal sabor <input type="checkbox"/> Llagas o úlceras en la boca <input type="checkbox"/> Cambios en la voz <input type="checkbox"/> Sangramiento de las encías <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar <input type="checkbox"/> Dentadura postiza	GASTROINTESTINAL <input type="checkbox"/> Acidez o indigestión <input type="checkbox"/> Pérdida del apetito <input type="checkbox"/> Dolor abdominal <input type="checkbox"/> Cambios en los hábitos intestinales <input type="checkbox"/> Evacuaciones dolorosas <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Diarreas frecuentes <input type="checkbox"/> Hemorroides/sangre en las heces <input type="checkbox"/> Náuseas o vómitos <input type="checkbox"/> Resultados anormales en pruebas del hígado/enfermedades del hígado	PIEL <input type="checkbox"/> Erupción o comezón <input type="checkbox"/> Cambios en lunares <input type="checkbox"/> Cambios en la coloración de la piel <input type="checkbox"/> Psoriasis <input type="checkbox"/> Nódulos o protuberancias en la piel <input type="checkbox"/> Le salen hematomas fácilmente <input type="checkbox"/> Llagas que no sanan	NEUROLÓGICO/PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> Convulsiones o ataques <input type="checkbox"/> Temblores <input type="checkbox"/> Pérdida de la memoria o confusión <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Pérdida del conocimiento <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular <input type="checkbox"/> Depresión
ENDOCRINO <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedades de la tiroides <input type="checkbox"/> Sed excesiva <input type="checkbox"/> Cambio en la tolerancia al calor/frío			

Haga el favor de aquellos que le correspondan al(a) paciente o a sus familiares consanguíneos.

	Paciente	Padre/madre	Hermano/hermana	Abuelos	Hijos
VIH/SIDA					
Adicción al alcohol / drogas					
Alzheimer					
Artritis					
Asma					
Defectos congénitos					
Trastornos hemorrágicos / Coagulopatía					
Cáncer					
EPOC / Enfisema / Bronquitis crónica					
Diabetes					
Epilepsia / Convulsiones / Ataques					
Infarto / Accidente cerebrovascular					
Presión arterial alta					
Colesterol alto					
Enfermedad de los riñones					
Enfermedad del hígado / Hepatitis					
Enfermedades mentales / Depresión					
Osteoporosis					
Células falciformes					
Trastornos de la tiroides					
Tuberculosis/TB					
Otros:					

Haga el favor de o describir todos los que correspondan.

Nutrición: marque los alimentos que come a diario <input type="checkbox"/> Leche / Lácteos <input type="checkbox"/> Cárnicos <input type="checkbox"/> Vegetales <input type="checkbox"/> Frutas <input type="checkbox"/> Panes o granos		¿Hay algo que le inquiete con respecto al peso del(de la) menor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ejercicios <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Diariamente (1 hora) <input type="checkbox"/> 2-3x semana <input type="checkbox"/> semanalmente		
Consumo tabáquico/Expuesto(a) a fumadores (cigarrillos electrónicos, cigarrillos, tabacos, pipa, rapé húmedo, tabaco para mascar) <input type="checkbox"/> Nunca ha consumido <input type="checkbox"/> Ha estado expuesto(a) fumadores <input type="checkbox"/> Ha consumido antes: tipo _____ ¿Por cuánto tiempo ha consumido? _____ <input type="checkbox"/> Consume ahora: tipo _____ (# por día _____)		Consumo de alcohol o de sustancias (marihuana, opioides, heroína, metanfetamina, etc.) <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Tipo _____ <input type="checkbox"/> ¿Cada cuánto tiempo? _____	Salud mental: (en los últimos 90 días) <input type="checkbox"/> Ningún problema <input type="checkbox"/> Depresión/ansiedad leve/moderada <input type="checkbox"/> Depresión/ansiedad severa <input type="checkbox"/> Pensamientos de agredirse a sí mismo(a)/a otros <input type="checkbox"/> Otros problemas de salud mental _____		
Salud dental <input type="checkbox"/> Cepillado diario <input type="checkbox"/> Uso diario del hilo dental Consulta dental: <input type="checkbox"/> cada 6 meses o <input type="checkbox"/> anualmente		Fuente de agua: <input type="checkbox"/> Pozo <input type="checkbox"/> Cisterna <input type="checkbox"/> Embotellada <input type="checkbox"/> Municipalidad	Viajes: <input type="checkbox"/> Ningún viaje <input type="checkbox"/> Fuera de los EE. UU., ¿a dónde y cuándo? _____ <input type="checkbox"/> Fuera de KY, ¿a dónde y cuándo? _____		
Maltrato / Negligencia / Violencia:		<input type="checkbox"/> Ningún temor de sufrir daños <input type="checkbox"/> Explotación	<input type="checkbox"/> Presión para mantener relaciones sexuales <input type="checkbox"/> Temor de sufrir maltrato verbal/físico	<input type="checkbox"/> Necesidades cotidianas insatisfechas <input type="checkbox"/> Relaciones sexuales a cambio de dinero o drogas	<input type="checkbox"/> Contacto sexual a la fuerza
Evaluación del desarrollo: Elija a continuación su edad (la de su paciente) y marque las tareas logradas.					
1-3 meses <input type="checkbox"/> Igualdad de movimientos <input type="checkbox"/> Levanta la cabeza <input type="checkbox"/> Reacciona a los sonidos <input type="checkbox"/> Contempla el rostro <input type="checkbox"/> Sonríe	4-6 meses <input type="checkbox"/> Junta las manos / las extiende <input type="checkbox"/> Emite chillidos <input type="checkbox"/> Pone peso en los pies <input type="checkbox"/> Se da la vuelta <input type="checkbox"/> Se da la vuelta en dirección de los sonidos	7-9 meses <input type="checkbox"/> Se sienta sin ayuda <input type="checkbox"/> Busca los objetos <input type="checkbox"/> Se pone de pie sosteniéndose <input type="checkbox"/> Dice "mamá" o "papá" <input type="checkbox"/> Se agarra de algo y lo usa de palanca para ponerse de pie	10-12 meses <input type="checkbox"/> Combina sílabas: "papapapa" <input type="checkbox"/> Usa el agarre de pinzas <input type="checkbox"/> Da palmadas <input type="checkbox"/> Mantiene la posición de parado – 5 segundos	13-18 meses <input type="checkbox"/> Se pone de pie solo o camina <input type="checkbox"/> Se inclina / Recupera su posición <input type="checkbox"/> Juega con pelotas/Garabatea <input type="checkbox"/> Usa vasos para beber <input type="checkbox"/> Se sabe 3 palabras	19-24 meses <input type="checkbox"/> Usa cuchara / tenedor <input type="checkbox"/> Corre / Patea el balón <input type="checkbox"/> Pone 3 bloques uno encima del otro <input type="checkbox"/> Se sabe 6 palabras <input type="checkbox"/> Se quita la ropa
2-3 años <input type="checkbox"/> Combina palabras <input type="checkbox"/> Dice los nombres de ilustraciones/colores <input type="checkbox"/> Salta <input type="checkbox"/> Se pone la ropa <input type="checkbox"/> Se lava/se seca las manos <input type="checkbox"/> Dice el nombre de los amigos	4-5 años <input type="checkbox"/> Habla con claridad <input type="checkbox"/> Salta en un pie <input type="checkbox"/> Se viste sin ayuda <input type="checkbox"/> Se cepilla los dientes sin ayuda <input type="checkbox"/> Copia a los demás <input type="checkbox"/> Dibuja personas	6-7 años <input type="checkbox"/> Modo de andar equilibrado <input type="checkbox"/> Se sabe el alfabeto <input type="checkbox"/> Cuenta <input type="checkbox"/> Diferencia entre lo que está bien y lo que está mal <input type="checkbox"/> Escribe en letra de molde	8-10 años <input type="checkbox"/> Amigos del mismo sexo <input type="checkbox"/> Está consciente del mundo exterior <input type="checkbox"/> Va acumulando confianza en sí mismo(a) <input type="checkbox"/> Busca la independencia <input type="checkbox"/> Influencia de sus compañeros	11-15 años <input type="checkbox"/> Busca privacidad <input type="checkbox"/> Se arriesga a veces <input type="checkbox"/> Amigos del mismo sexo <input type="checkbox"/> Amigos del sexo opuesto <input type="checkbox"/> Entiende las reglas <input type="checkbox"/> Buena imagen de sí mismo(a)	16-21 años <input type="checkbox"/> Confianza en sí mismo(a) <input type="checkbox"/> Les da importancia a los amigos <input type="checkbox"/> Menos tiempo con la familia <input type="checkbox"/> Piensa en el futuro <input type="checkbox"/> Cuestiona reglas <input type="checkbox"/> Identidad sexual

Firma del(de la) paciente/cuidador(a):	Firma del proveedor de atención médica:	Fecha:
----------------------------------------	-----------------------------------------	--------

TO BE COMPLETED BY HEALTHCARE PROVIDER (Esta parte la llena el proveedor de asistencia médica)

Only for patients ages 0-5 years		
Mother's general health during pregnancy: <input type="checkbox"/> Excellent <input type="checkbox"/> Good <input type="checkbox"/> Fair <input type="checkbox"/> Poor At time of delivery, did mother have HIV: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Hepatitis: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Explain any problems:	Caretaker concerned about any of the following: Emotional development <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Attention span <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Behavior <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Academics <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Neglect <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	Frequent problems with any of the following: Nasal infections <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Ear Infections <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Throat infections <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Asthma attacks <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Constipation <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Diarrhea <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Urinary tract infections <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Bedwetting <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Swallowing <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Vomiting <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Refusal to eat <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Headaches <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Vision <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Hearing <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Bleeding <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Other: _____ _____ _____
During pregnancy did mother: Smoke <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Drink alcohol <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Substance Use <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no TYPE:	Has this child had any of the following diseases: COVID-19 <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Measles <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Mumps <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Rubella <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Chickenpox <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Meningitis <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Rotavirus <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Pneumonia <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Pertussis <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Hib <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Hepatitis <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no RSV <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
<u>Birth Information</u> Delivery: <input type="checkbox"/> vaginal <input type="checkbox"/> cesarean If cesarean, explain why: Weeks gestation: Birth weight:	(Girls) Age menstruation onset: _____ <input type="checkbox"/> NA LMP: _____ / _____ / _____	(Boys) Does patient examine testicles monthly? _____ <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no
Home with mom from hospital: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no If no, explain why not:	Does pt examine breasts monthly? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
Metabolic/CCHD Screen completed: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Results reviewed <input type="checkbox"/> yes Requested <input type="checkbox"/> yes	If sexually active, # of partners: lifetime _____ Last 60 days _____ Last 30 days _____ Birth control used: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Type:	
Initial feeding at birth: <input type="checkbox"/> bottle <input type="checkbox"/> breast Is this child breastfeeding now: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no # feedings in 24 hours: Explain any problems:	Other health concerns:	
Is this child bottle feeding: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no What formula? Ounces in 24 hours: in any problems:		

Immunization Status: Up to date by patient report Vaccines given today: _____ VIS reviewed with parent/guardian and signed

Records Requested: PCP _____ KYIR _____ School _____ Date: _____ See Vaccine Administration Record

Lead Assessment: Verbal Risk Assessment: N/A negative positive risk factor _____

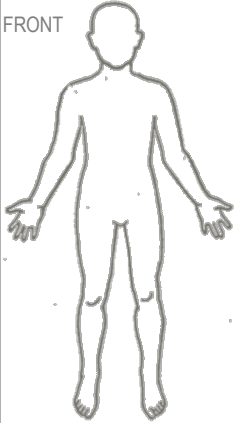
Tested Today: yes no Referred for testing: yes no

Preventive Health Education: topics discussed today <input type="checkbox"/> Child development <input type="checkbox"/> Immunizations/VIS <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Hearing/Vision <input type="checkbox"/> Lead exposure (ACH-25a)	<input type="checkbox"/> Diet / Nutrition <input type="checkbox"/> Physical activity <input type="checkbox"/> Safety <input type="checkbox"/> Mental Health <input type="checkbox"/> DV/SA <input type="checkbox"/> ATOD/Cessation/SHS <input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Preconception /Folic Acid <input type="checkbox"/> Prenatal / Genetics <input type="checkbox"/> CVD <input type="checkbox"/> Arthritis <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Pelvic / Pap	<input type="checkbox"/> SBE /Mammogram <input type="checkbox"/> STE / PSA <input type="checkbox"/> HRT <input type="checkbox"/> STD / HIV <input type="checkbox"/> Minor FP: Sexual coercion. Abstinence. Benefits of parental involvement in choices. <input type="checkbox"/> Options counseling	Educational Handouts: <input type="checkbox"/> Age-appropriate Points to Remember <input type="checkbox"/> FP/EM <input type="checkbox"/> PTEM <input type="checkbox"/> CSEM <input type="checkbox"/> Other:	Patient (or caretaker) verbalizes understanding of education given <input type="checkbox"/>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------

Healthcare Provider Signature:	Date:
--------------------------------	-------

SUBJECTIVE / PRESENTING PROBLEM:

OBJECTIVE: General Multi-System Examination

SYSTEM		NL	ABNORMAL		SYSTEM	NL	ABNORMAL
Constitutional	General appearance			 <p>FRONT</p>	Lymphatic	Neck, Axilla, Groin	
	Nutritional status				Spine		
	Vital signs				Musculoskeletal	ROM	
HEENT	Head: Fontanels, Scalp				Symmetry		
	Eyes: PERRL				Skin / SQ Tissue	Inspection(rashes)	
	Conjunctivae, lids				Palpation (nodules)		
	Ear: Canals, Drums				Neurological	Reflexes	
	Hearing				Sensation		
	Nose: Mucosa / Septum				Psychiatric	Orientation	
	Mouth: Lips, Palate				Mood / Affect		
	Teeth, Gums			Tanner Stage: <input type="checkbox"/> typical <input type="checkbox"/> atypical			
Throat: Tonsils			X-Ray: Type: _____ Result: <input type="checkbox"/> No Change Date taken: _____ <input type="checkbox"/> Neg/Non-remarkable Date read: _____ <input type="checkbox"/> Improved Date compared with: _____ <input type="checkbox"/> Worsening				
Neck	Overall appearance			TB Classification: <input type="checkbox"/> TB suspect <input type="checkbox"/> I No TB exposure, not infected <input type="checkbox"/> II TB exposure, no evidence of infection <input type="checkbox"/> III TB infection, without disease <input type="checkbox"/> IV TB, clinically active <input type="checkbox"/> V TB, not clinically active Site of infection: <input type="checkbox"/> Pulmonary <input type="checkbox"/> Cavity <input type="checkbox"/> Non Cavity <input type="checkbox"/> Other: _____			
Respiratory	Respiratory effort			EXPLANATION OF ABNORMAL FINDINGS:			
	Lungs						
Cardiovascular	Heart						
	Femoral / Pedal pulses						
	Extremities						
Chest	Thorax						
	Nipples						
	Breasts						
Gastrointestinal	Abdomen						
	Liver / Spleen						
	Anus / Perineum						
Genitourinary	Male: Scrotum						
	Testes						
	Penis						
	Prostate						
	Female: Genitalia						
	Vagina						
	Cervix						
	Uterus						
Adnexa							

ASSESSMENT:

PLAN:

Testing today: <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> GC <input type="checkbox"/> Chlamydia <input type="checkbox"/> UA <input type="checkbox"/> TST <input type="checkbox"/> VDRL <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Pap <input type="checkbox"/> Lead <input type="checkbox"/> Hgb <input type="checkbox"/> Cholesterol <input type="checkbox"/> Blood Glucose <input type="checkbox"/> Urine PT / UCG: <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg Planned pregnancy? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Other: _____	Medications: <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Fluoride varnish applied <input type="checkbox"/> Fluoride drops ordered <input type="checkbox"/> MVI / Folic Acid # of bottles given _____ <input type="checkbox"/> Other: _____	Recommendations made to client, for scheduling of possible follow-up testing and procedures, based on assessment: <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Vision / Hearing <input type="checkbox"/> FBS / GTT <input type="checkbox"/> Speech <input type="checkbox"/> Lipid Screen <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Pap Smear <input type="checkbox"/> Hgb <input type="checkbox"/> Mammogram <input type="checkbox"/> Sickle Cell <input type="checkbox"/> Ultrasound <input type="checkbox"/> Lead <input type="checkbox"/> TST / CXR <input type="checkbox"/> UCG / HCG <input type="checkbox"/> Liver Panel <input type="checkbox"/> Developmental Scr. Tests <input type="checkbox"/> Other: _____	Referrals made: <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> PCP/Medical Home <input type="checkbox"/> Specialist: _____ <input type="checkbox"/> HANDS <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> MNT with RD <input type="checkbox"/> Radiology <input type="checkbox"/> Family Planning <input type="checkbox"/> STD <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Social Services <input type="checkbox"/> Smoking Cessation <input type="checkbox"/> Other: _____
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Healthcare Provider Signature: _____ **Date:** _____ **Recommended RTC:** Well-child exam _____
 _____ **Immunizations** _____
Other: _____