

Mundelein Pediatrics
Examen de 12-21 Años (Mujer)

Nombre: _____ FDN: _____ Fecha: _____

Favor de circular la respuesta que describa mas apropiadamente a su hijo (a):

1. Duerme durante la noche? Si/No Preocupación: _____
2. horas por la noche ()
3. Buen habito de comer? Si/No Preocupación: _____
4. Orina bien? Si/No Preocupación: _____
5. Tiene el movimiento intestinal normal? Si/No Preocupación: _____
6. Toma alguna vitamina? Si/No Nombre del producto: _____
7. Ha visitado el salon de emergencias? Si/No _____
8. Se ha enfermado desde la ultima visita? Si/No _____
9. Grado en la escuela: _____ Preocupación con el rendimiento escolar? Si/No
10. Actividades Extraescolares? Si/No _____
11. Participa en ejercicio regularmente? Si/No _____
12. A tenido una conmoción cerebral o lesion? Si/No _____
13. Periodo menstrual regular? Si/No Ultimo periodo menstrual: _____
14. Uso de bebidas alcoholicas Si/No Uso de Tabaco? Si/No Sexualmente activa Si/No
15. Desarrolladamente: Se lleva bien con sus compañeros , el manoescrito es mas o menos bien, Buena coordinación de vista y manos , Buena condición física

Favor de circular las respuesta que mas describa el ambiente de su hogar:

1. Hogar y coche sin fumar? Si/No
 2. Padres fuman afuera? Si/No Mamá/Papá/Hermanos/Familiar/Niñera
 3. Armas de fuego en el hogar? Si/No Si hay, toma medidas de seguridad? Si/No
 4. Tiempo de Television/video juego Si/No Horas por dia: _____
 5. Usa el cinturón de seguridad en el vehiculo? Si/No
 6. Usa casco cuando se sube a la bicicleta , patines o patineta Si/No
 7. Supervision despues de la escuela? Ninguna/Familiar/Guarderia/Niñera
 8. Composición del hogar:
Adultos(Nombres/Edad): _____
Niños(Nombres/Edad): _____
 9. Alguna enfermedad nueva en los padres o hermanos? Si/No _____
 10. Visita al dentista? Si/No
 11. Alguna reacción a las vacunas anteriores Si/No
 12. Rivalidad entre hermanos: Si/No
- Tiene alguna preocupación que decee preguntar? Si/No
-
-
-