



Express Pediatric Care

Date/Fecha:	Check-in time:	Check-out time:
--------------------	-----------------------	-----------------

Patient information/Informacion de Paciente.

Name/Nombre:		Email Address/Correo Electronico:			
Birth Date/Fecha de Nacimiento:	Age/Edad:	Gender/Sexo:	Phone/Telefono:		
Address/Direccion:		City/Ciudad:	State/Estado:	Zip/Codigo postal:	

Review of Symptoms:	• Boil/abscess	• Cough	• Fever	• Lice	• Swelling
Revision de Sintomas:	• Bone/joint pain	• Depression	• Feeding problem	• Nosebleeds	• Thrush
• ADHD	• Breast lump	• Dev. delay	• Flu	• Pink eyes	• Urine issue
• Allergies	• Breathing problem	• Diarrhea	• Fussy	• Rash	• Vomiting
• Asthma	• Burns	• Ear pain	• Genital issue	• Sleep difficulties	• Wheezing
• Bedwetting	• Chest pain	• Eczema	• Hearing issue	• Sore throat	• Other:
• Behavior problems	• Cold	• Eye problem	• Injury		

Relationship to Child /Relacion a Paciente:	I agree to all office policies, and will have this child re-evaluated immediately if no improvement is seen within 24 hours despite treatment rendered today. Estoy de acuerdo con todas las políticas de la oficina y hare que este niño sea reevaluado inmediatamente si no se observa una mejora dentro de las 24 horas a pesar del tratamiento realizado hoy.	Para síntomas en español de vuelta a la pagina.
• Mama o Papa/Parent •Guard:ian Legal/Legal Guardian • Other/Otro: _____ (X)Signature:Firma: _____		

Staff Only Below / Solo Para Personal de Oficina

T R I A G E	Vitals	HT	BP	HR	O2	Triage MA initials:
		WT	Temp	RR	HC	
	Allergies: • NKDA			Pharmacy:		
	Current medications:					
	Chief Complaint:					

HPI/Concerns:	Past Medical History:
	Surgical History:
	Social & Family History:

Visit Problem List	Procedures/Plan
	Medications administered in office:
	Immunizations given: Recorded into Immunization Registry
	Referral:

Patient Education	• Anticipatory guidance/ Bright Futures info given	Counseling about health/concerns
-------------------	--	----------------------------------

TEST PERFORMED IN OFFICE: VISION HEARING TYMPANOGRAM	L A B W O R K	• URINE ANALYSIS	• Rapid Strep
		• PREGNANCY TEST (UHcg)	• Rapid Flu
		• Glucostix	• Rapid RSV
		• PCR TEST • COVID-TEST	

Revisión de Síntomas:

- TDAH
- Alergias
- Asma
- Mojar la cama
- Problemas de comportamiento
- Ebullición / absceso
- Dolor de huesos / articulaciones
- Bulto en el pecho
- Problema respiratorio
- Quemaduras
- Dolor de pecho
- Resfriado
- Tos
- Depresión
- Retraso en el desarrollo
- Diarrea
- Dolor de oído
- Eczema
- Problema ocular
- Fiebre
- Problema de alimentación
- Gripe
- Irritable
- Problema genital
- Problema de audición
- Lesión
- Piojos
- Hemorragias nasales
- Ojos rosados
- Sarpullido
- Dificultades para dormir
- Dolor de garganta
- Hinchazón
- Candidiasis
- Problema de orina
- Vómitos
- Respiración sibilante
- Otro: