



KAN Be Healthy - Early and Periodic Screening, Diagnostic, and Treatment Screening

ID number:

Name	Date of birth	Age	Date of screen

PHYSICAL GROWTH (An update of the growth chart is required at each screen.)

T	Weight (lbs/kg)	%		Head circumference (Birth-24 months)
P	Length (cm/in) <small>Birth-24 months</small>		Weight/length%	cm/in
R	Height (cm/in) <small>(2-20 years)</small>			%
BP	BMI*	%	Male <input type="checkbox"/>	Female <input type="checkbox"/>

*If the BMI is greater than or equal to 85%, recommend appropriate nutrition input and physical activity.

BENEFICIARY & FAMILY HISTORY

Refer to completed history form in chart. <input type="checkbox"/>	Present concerns
No changes in medical Hx unless indicated. <input type="checkbox"/>	
Patient currently in foster care, no previous Hx. <input type="checkbox"/>	Medications
Previous Hx reviewed from visit on:	
Allergies (food and drug)	Serious illness/accidents (If yes, date & type.) (including hospital or ER visits)
Birth history (measurements & complications)	Operations (If yes, date & type.)

Diseases & issues (Circle and indicate relationship: P - parent, G - grandparent, B - brother, S - sister, SELF.)

Asthma	Colds/sore throat	Epilepsy/seizures	Lung disease	Speech/visual/hearing
Birth defect	Diabetes	Headaches	Mental illness	Ulcers/colitis
Blood disorder/sickle cell	Drug or ETOH abuse	High blood pressure	Obesity	Urinary/bowel
Cancer	Earaches	Kidney/liver disease	Scoliosis/arthritis	Heart disease/stroke

BODY SYSTEMS (Check and comment appropriately.)

SYSTEMS	WNL	ABN	Comments (describe any abnormal findings)
General appearance			
Integumentary			
Head/neck			
Eyes/ears/nose/throat			
Oral/dental			
Pulmonary			Lung sounds?
Cardiovascular			Murmur?
Abdomen/gastrointestinal			
Genitourinary			Tanner score Menstrual bleeding evaluation Enuresis
Trunk/spine			
Musculoskeletal			
Neurological			

LAB/IMMUNIZATIONS (circle and complete as applicable)

Follow the recommended immunization schedule approved by the ACIP, AAP, and AAFP.

Copy of record in chart:	Parent requested	Referred to VFC provider	Current	Behind	Unknown
Immunizations given today:					
Obtain CBC <small>with automated differential</small>	Male – Age 15	Female – Time of menarche	9-12 mos	Annual *	

*Required depending on lifestyle and health needs. Reference the KBH-EPSDT Provider Manual.

Was CBC obtained? YES NO Indicate further follow-up in Plan of Care.

The Blood Lead Questionnaire is a separate document.	
<input type="checkbox"/> Negative screen	<input type="checkbox"/> Positive screen - draw blood level



VISION SCREEN

Ages 0-3: Corneal light reflex present YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Ages 3-20 Bruckner exam Pass <input type="checkbox"/> Refer <input type="checkbox"/>
All ages Outer inspection	Distance acuity Score L _____ R _____ Both _____ Tool used _____
Eye tracking	Near acuity Score L _____ R _____ Both _____ Tool used _____
Ocular motility (strabismus/cross cover test)	Last exam

DENTAL

It is recommended assessment preventative dental services and oral treatments begin at 6-12 months of age and repeat every 6 months or as needed.

Sees dentist? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fluoride varnish? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Last dental exam date:	Dental referral:

HEARING SCREEN

Maintain in record completed paper hearing screens and report or qualifying hearing screen procedure and report.

Birth-4 years	Risk Indicators for Hearing Loss & Hearing Developmental Scales	Pass <input type="checkbox"/>	Refer <input type="checkbox"/>
4-21 years	Hearing Health History	Pass <input type="checkbox"/>	Refer <input type="checkbox"/>
Screen procedure			

NUTRITION

WIC participant <input type="checkbox"/>	Referred to WIC <input type="checkbox"/>
Formula <input type="checkbox"/>	Breastfeeding <input type="checkbox"/>
Amount & frequency	

Number of servings per day

Bread/cereal	Fruit	Vegetable	Protein source	Dairy	Fat/sweet/sugar
--------------	-------	-----------	----------------	-------	-----------------

Fluid intake per day (ounces)

Water	Milk	Soda	Juice
-------	------	------	-------

PHYSICAL ACTIVITY (circle all that apply)

Biking	Basketball	Skating	Walking	Other sports	Playing outside
--------	------------	---------	---------	--------------	-----------------

DEVELOPMENTAL/EMOTIONAL Refer to the ACIP, AAP, and AAFP for recommended developmental tools.

A completed developmental screening tool (indicate tool used): _____

Birth-6 years	Include the screener's interpretation and report regarding meeting developmental milestones				
6-21 years	Include the screener's interpretation and report or document all developmental/emotional below				
Sleep habits		Tired/overactive?		Special education	
Discipline		Vocational concerns?		Special needs	
Grade level		Average grades		Exercise	
Emotional observations					

Pregnant? NO YES **If YES, complete the following:**

Prenatal vitamins? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Prenatal record initiated? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Referred for OB/GYN care? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Referred to:		

HEALTH EDUCATION & ANTICIPATORY GUIDANCE (circle all that apply)

Behavior/discipline	Family planning	Parenting	Oral/dental	Development	Physical activity	Substance abuse	Nutrition
Self breast exam	Self testicular exam	Sexuality	Safety/poisons	Immunization	Weapon safety	Exercise	Lifestyle
Other							

RESULTS/PLAN OF CARE

Screening results
Plan/referrals (dental, vision, hearing, dietary)
Recommended return date

Parent/caregiver and/or patient informed of KBH - EPSDT screen findings and verbalizes YES NO understanding of findings and recommendations.

Parent/caregiver or patient signature _____ Date _____

Screening provider signature _____

A licensed physician, ARNP, PA, or registered nurse can perform KBH - EPSDT screens.



KAN Be Healthy -Temprano y Periódico Chequeo, Diagnostico, y Chequeo de Tratamiento

Numero de ID:

Nombre	Fecha de nacimiento	Edad	Fecha de chequeo

CRECIMIENTO FISICO (Actualización del crecimiento físico es requerido en cada chequeo.)

T	Peso (lbs./kg)	%		Circunferencia de cabeza (Nacimiento-24 meses)
P	Largo (cm/in) Nacimiento-24 meses		Peso/Largo %	cm/in
R	Estatura (cm/in) (2-20 años)			%
BP	BMI* (índice de masa corporal)	%	Hombre <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>

*Si el BMI es más o igual al 85%, recomendamos aporte de nutrición apropiada y actividad física.

BENEFICIARIO E HISTORIA FAMILIAR

Consulte la forma historial completa en grafica <input type="checkbox"/>	Preocupación actual
No hay cambios Hx (Historia) a menos que se indique. <input type="checkbox"/>	
Paciente actualmente está en cuidado temporal, no hay Hx. <input type="checkbox"/>	Medicamentos
Hx anterior revisado de visita en:	
Alergias (comida o medicamento)	Enfermedad grave/Accidentes (Si hay, fecha y tipo.) (incluya hospital y visitas de emergencia)
Historial del parto (medidas y complicaciones)	Operaciones (Si hay, fecha y tipo.)

Enfermedades y Complicaciones (Circule e indique el parentesco: P - padres, G - abuelos, B - hermanos, S - hermanas, MISMO/A.)

Asma	Cátaro/dolor de garganta	Epilepsia/convulsiones	Enfermedad de Pulmón	Habla/visual/auditivo
Malformación Congénita	Diabetes	Dolor de Cabeza	Enfermedad Mental	Úlcera/colitis
Trastorno de Sangre/célula falciforme	Drogas o abuso de ETOH (alcohol)	Presión Alta	Obesidad	Urinario/intestinos
Cáncer	Dolor de oído	Enfermedad de Riñón/hígado	Escoliosis/artritis	Cardiopatía/derrame cerebral

SYSTEMA DEL CUERPO (Marque y complete apropiadamente.)

SYSTEMAS	WNL	ABN	Comentarios (describa si encontró algo anormal)
Apariencia General			
Tegumentario			
Cabeza/ Cuello			
Ojos/oídos/nariz/garganta			
Oral/dental			
Pulmonar			Sonidos de pulmón?
Cardiovascular			Murmullo?
Abdomen/gastrointestinal			
Genitourinario			Marcador Tanner Evolución menstrual sangrante Enuresis
Tronco/espina dorsal			
Musculo esquelético			
Neurológico			

LABORATORIO/INMUNIZACION (Circule y complete como aplique.)

Siga el recomendado horario de inmunización aprobado por ACIP, AAP, and AAFP.

Copia de dráfica de registro:	Solicitado por cual padre	Referido al proveedor de VFC (vacunas para niños)	Actual	Atrasado	Desconocido
Inmunización dada hoy:					
Obtener CB con diferencial automático	Hombre –15 años	Mujer – cuando menarquia	9-12 meses	Anual*	

*Requerido dependiendo en el tipo de vida y necesidades de salud. Refiérase al manual de proveedor de KBH - EPSDT.

CBC fue obtenido? SI NO Indique si seguimiento con su plan de salud.

El Cuestionario de Plomo en la Sangre es un documento separado.	
<input type="checkbox"/> Chequeo negativo	<input type="checkbox"/> Chequeo positivo – extraer nivel de sangre



KAN Be Healthy -Temprano y Periódico Chequeo, Diagnostico, y Chequeo de Tratamiento

CHEQUEO DE VISION

Edades 0-3: reflejo de luz corneal presente SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Edades 3-20 Examen de Bruckner Aprobado <input type="checkbox"/> Referir <input type="checkbox"/>
Todas edades Inspección externa	Calificación de distancia aguda I _____ D _____ Ambos _____ Herramienta usada
Rastreo de Ojo	Calificación de aguda cerca I _____ D _____ Ambos _____ Herramienta usada
Motilidad ocular (Estrabismo/prueba de oclusión cruzada)	Ultimo examen

DENTAL

Se le recomienda servicios preventivos y tratamientos orales empezando de 6-12 meses de edad y repetir cada 6 o más si es necesario.

Ve al dentista? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Barniz de flúor? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Fecha de su último examen dental:	Referencia dental:

CHEQUEO AUDITIVO

Mantenga registro de chequeos auditivos completas en papel y reporte o procedimiento de chequeos auditivos calificases y reportes.

Nacimiento-4 años	Indicadores de alerta de pérdida de audición y escuchar escalas de desarrollo	Aprobado <input type="checkbox"/> Referir <input type="checkbox"/>
4-21 años	Historia de la salud auditiva:	Aprobado <input type="checkbox"/> Referir <input type="checkbox"/>
Procedimiento de chequeo		

NUTRICION

Participante de WIC <input type="checkbox"/>	Referir a WIC <input type="checkbox"/>
Formula <input type="checkbox"/> Amamantamiento <input type="checkbox"/>	Cantidad y frecuencia

Numero de porciones al día

Pan/cereal	Fruta	Vegetables	Fuente de Proteína	Lechería	Grasa/dulces/azúcar
------------	-------	------------	--------------------	----------	---------------------

Ingesta de líquidos por día (onzas)

Agua	Leche	Soda/Refresco	Jugo
------	-------	---------------	------

ACTIVIDAD FISICA (circule todas las que aplique)

Ciclismo	Baloncesto	Patinar	Caminar	Otros Deportes	Jugar Afuera
----------	------------	---------	---------	----------------	--------------

DESARROLLO/EMOCIONAL Referir a ACIP, AAP, and AAFP para herramientas de desarrollo recomendadas.

Herramienta de desarrollo completa (indique la herramienta usada): _____

Nacimiento-6 años	Incluya la interpretación del paciente y reporte en referencia a desarrollos en juntas
6-21 años	Incluya la interpretación del paciente y reporte o documento todo desarrollo/ emocional abajo

Hábitos de dormir	Cansado/hiperactiva?	Educación especial
Disciplina	Preocupación vocacional?	Necesidades especiales
Nivel de grado	Promedio de grados	Ejercicio
Observaciones emocionales		

Embarazada? NO SI Si si, conteste lo siguiente:

Vitaminas prenatales? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Grafica prenatal iniciada? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fue referida a un obstetra? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
---	--	---

Referida a: _____

EDUCACION DE SALUD & ORIENTACION ANTICIPADA (circule todas las que aplique)

Conducta/disciplina	Inmunización	Oral/dental	Seguridad de armas	Desarrollo	Actividad física	Ejercicio	Nutrición
Autoexamen testicular	Auto examen de los senos	Sexualidad	Seguridad/venenos	Crianza de los hijos	Planificación familiar	Abuso de sustancias	Tipo de vida
Otras							

RESULTADOS/ PLAN DE CUIDADO

Resultados del chequeo
Plan/referencia (dental, visión, auditivo, dietético)
Recomendado fecha de retorno

Padre/cuidador y/o paciente informado de KBH - EPSDT resultados del chequeo y vocaliza SI NO

entendimiento de resultados y recomendaciones.

Firma de padre/cuidador o paciente _____ Fecha _____

Firma del proveedor que realizo el chequeo _____

Medico con licencia, ARNP, PA, o enfermera registrada puede hacer los KBH - EPSDT chequeos.