Infant Midpoint Review
Verificación del chequeo intermedio del bebé
Tờ Duyệt Khám Trung Điểm

Infant's Name _____ **Date of Birth** _____
nombre del bebé / *tên trẻ sơ sanh* — *fecha de nacimiento* / *ngày sanh*

Parent's/Guardian's/Caregiver's Name _____ **FID/PAN #** _____
nombre del padre, tutor o persona responsable del bebé / *tên cha, mẹ, giám hộ người chăm sóc* — *(For office use only — optional)*

Documentation of well-child infant check or Texas Health Steps visit at 4 through 8 months of age by a health-care provider.

Documentación del chequeo preventivo o de Pasos Sanos de Tejas del bebé realizado por el proveedor de atención médica, entre los 4 y 8 meses de edad.

Tờ chứng minh về khám tổng quát hoặc về Chương Trình Chăm Sóc Sức Khỏe Định Kỳ Texas Health Steps cho trẻ con 4 tới 8 tháng từ văn phòng bác-sĩ.

Section I.
To be filled out by a health-care provider.
Para que lo llene el proveedor de atención médica.
Phần này dành cho văn phòng bác-sĩ.

This verifies that the above named infant had or will have a well-child check appointment at the age of _____ (*4–8 months*) on _____ (*date*)

_____ (*signature of attending nurse or physician*) _____ (*date*)

If available, please provide:
Length: _____ inches Weight: _____ pounds _____ ounces

Section II.
To be filled out by the parent, guardian or caregiver, if not signed by a health-care provider.
Para que lo llene el padre, tutor o persona responsable del cuidado del bebé si no firma el proveedor de atención médica.
Phần này dành cho cha, mẹ, giám hộ người chăm sóc, nếu không ký bởi văn phòng bác-sĩ.

This verifies that the above named infant had or will have a well-child check appointment at the age of _____ (*4–8 months*) on _____ (*date*)

_____ (*signature of parent, guardian or caregiver*) _____ (*date*)

If available, please provide:
Length: _____ inches Weight: _____ pounds _____ ounces

Esto verifica que el bebé mencionado anteriormente se presentó a la cita o tiene una cita para un chequeo preventivo a la edad de

_____ (*4 a 8 meses*) el _____ (*fecha*) _____ (*firma del padre, tutor o persona responsible del bebé*) _____ (*fecha*)

Por favor proporcione los siguientes datos, si los tiene:
Estatura: _____ pulgadas Peso: _____ libras _____ onzas

Tờ này chứng thực rằng em bé có tên trên đây đã khám sức khỏe tổng quát lúc _____ (*4 tới 8 tháng*) vào _____ (*ngày*)

_____ (*chữ ký của cha, mẹ hoặc giám hộ hay người chăm sóc*) _____ (*ngày*)

Nếu có thể, xin cho biết:
Chiều dài: _____ inches Nặng: _____ pounds _____ ounces

Infant Midpoint Review
Verificación del chequeo intermedio del bebé
Tờ Duyệt Khám Trung Điểm

Infant's Name _____ **Date of Birth** _____
nombre del bebé / *tên trẻ sơ sanh* — *fecha de nacimiento* / *ngày sanh*

Parent's/Guardian's/Caregiver's Name _____ **FID/PAN #** _____
nombre del padre, tutor o persona responsable del bebé / *tên cha, mẹ, giám hộ người chăm sóc* — *(For office use only — optional)*

Section III.
To be completed by WIC staff, if Section I and Section II are not completed.

Measurements: (Must be plotted on the growth grid)

Length: _____ inches Weight: _____ pounds _____ ounces

Immunization status: Current? Yes _____ No _____ Unknown _____

24-Hour Recall:
Amount of formula consumed per day: _____ Number of times breastfed per day: _____
Other foods consumed:

Any problems with breastfeeding or infant formula or feeding practices? _____

If no longer breastfeeding, how long was this baby breastfed? _____

Other health data (optional) _____
If assessment indicates that there are potential health problems, a more thorough assessment is recommended (e.g., dietary assessment using the WIC-42 form).

_____ _____
signature of Certifying Authority or WIC Certification Specialist — *date*

The WIC staff has offered to perform a midpoint screening for my infant. This screening includes assessing the growth, diet and immunization status of my infant. I am aware of the benefits of this screening, but I am choosing to refuse this service.

El personal de WIC me ha ofrecido hacerle un chequeo intermedio a mi bebé. Este chequeo incluye revisión del crecimiento, la dieta y las vacunas de mi bebé. Reconozco los beneficios de este chequeo, pero prefiero rechazar este servicio.

Nhân viên WIC đã đề nghị cung cấp việc duyệt khám trung điểm cho con tôi. Dịch vụ này gồm sự ước định về mức tăng trưởng, dinh dưỡng và chủng ngừa của con tôi. Tôi thấu hiểu ích lợi của sự duyệt khám, nhưng từ chối dịch vụ này.

_____ _____
signature of parent, guardian or caregiver — *date*
firma del padre, tutor o persona responsable del bebé — *fecha*
chữ ký của cha, mẹ hoặc giám hộ hay người chăm sóc — *ngày*

GROWING HEALTHY FAMILIES WIC CRIANDO FAMILIAS SALUDABLES

This institution is an equal-opportunity provider.
Esta institución ofrece igualdad de oportunidades de servicios para todos

TEXAS Department of State Health Services

WIC GROWING HEALTHY FAMILIES
Chương Trình Dinh Dưỡng Phụ Trội Đặc Biệt Cho Đàn Bà, Trẻ Sơ Sinh và Trẻ Em (WIC)

Đây là cơ quan phục vụ bình đẳng.