

EVERNORTH Care GroupSM

Pediatric Data Base

Today's Date: _____

Child's Name: _____ Date of Birth: _____
 Last First Middle

Mother's Name: _____ Father's Name: _____
 Last First Middle Last First Middle

Address: _____
 Street Address apt # City State Zip Code

Telephone No.: (Home) _____ Mother's Cell: _____ Father's Cell: _____

Siblings' Names and ages: _____

Who lives in the house with this child? _____

Person Completing Form/Relationship: _____

Family History	Allergy / Hay Fever	Asthma	Birth Defects	Diabetes	Heart Attack/ Stroke	High Blood Pressure	High Cholesterol	Learning Problems/ Developmental Delay	Mental Illness/ Depression	Seizure	Substance Abuse
Father	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mother	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brother/ Sister	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grandparent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BIRTH AND DEVELOPMENT:

Problems during pregnancy, labor or delivery: _____ Birth Weight: _____
 Any problems with: growth development speech behavior school

Comments: _____

ILLNESS (Check if child has had these problems):

- Allergies Bowel Control Problems Frequent Ear Infections Skin problems Bladder Infection
 Anemia Serious Injuries Heart Problems Seizures Concussion
 Asthma Lung Problems Fractures Bedwetting
 Other: _____

HOSPITALIZATIONS OR SURGICAL PROCEDURES:

<u>AGE</u>	<u>HOSPITAL</u>	<u>PROCEDURE</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

MEDICATIONS:

Allergic reaction to medicines: _____

Medications taken on a regular basis: _____

SOCIAL HISTORY:

Marital Status of parents (Check One): Married Divorced Single Parent
 If divorced or separated, who has legal custody? _____

Address: _____ Telephone: _____

- Has your child witnessed any family violence (hitting, punching, pushing)? Yes No
- Any smokers in home? Yes No Does your child use car seat/seat belt? Yes No
 Do you have a pool? Yes No Does your child get regular dental checkups? Yes No
 Is your Pool fenced? Yes No Do you use sunscreen on your child? Yes No
 Are there guns in the home? Yes No
 Are they kept unloaded and locked? Yes No

EVERNORTH Care GroupSM

Base de datos pediátrica

Fecha de hoy: _____

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____
Apellido Nombre 2.do nombre

Nombre de la madre: _____ Nombre del padre: _____
Apellido Nombre 2.do nombre Apellido Nombre 2.do nombre

Dirección: _____
Calle N.o de apto. Ciudad Estado Código postal

N.º de teléfono: (Casa) _____ Celular de la madre: _____ Celular del padre: _____

Nombres y edades de los hermanos: _____

¿Quién vive en la casa con este niño? _____ ¿Tienen mascotas? _____

Persona que completó el formulario/parentesco: _____

Antecedentes Familiares:	Alergias/ rinitis alérgica	Asma	Defectos de nacimiento	Diabetes	Ataque al corazón/ derrame cerebral	Presión arterial alta	Colesterol alto	Problemas de aprendizaje/ retraso en el desarrollo	Enfermedad mental/ depresión	Convulsión	Alcoholismo y/o Farmaco-dependencia
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermano / Hermana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuelo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NACIMIENTO Y DESEROLLO:

Problemas durante el embarazo, el trabajo de parto o el parto: _____ Peso al nacer: _____
Algún problema con: crecimiento desarrollo habla conducta escuela

Comentarios: _____

ENFERMEDADES (marque si el niño ha tenido estos problemas):

- Alergias Problemas de control de la defecación Otitis frecuentes Problemas de piel Cistitis
 Anemia Lesiones graves Problemas cardíacos Convulsiones Conmoción cerebral
 Asma Problemas pulmonares Fracturas Incontinencia nocturna
 Otras: _____

HOSPITALIZACIONES O PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS:

<u>EDAD</u>	<u>HOSPITAL</u>	<u>PROCEDIMIENTO</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

MEDICAMENTOS:

Reacción alérgica a medicamentos: _____

Medicamentos que toma regularmente: _____

ANTECEDENTES SOCIALES:

Estado civil de los padres (marque una opción): Casados Divorciados Padre/madre soltero/a
Si están divorciados o separados, ¿quién tiene la custodia legal? _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

¿Su hijo ha presenciado algún hecho de violencia familiar (golpes, puñetazos, empujones)? Sí No

- ¿Hay algún fumador en el hogar? Sí No ¿Su hijo usa un asiento de seguridad/cinturón de seguridad cuando viaja en auto? Sí No
¿Tiene piscina? Sí No ¿Su hijo se realiza controles odontológicos regulares? Sí No
¿Su piscina está cercada? Sí No ¿Le pone bloqueador solar a su hijo? Sí No
¿Hay armas en su casa? Sí No
¿Están siempre descargadas y con seguro? Sí No