

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	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Mother	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Brother/ Sister	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Grandparent	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.

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:

AGE

HOSPITAL

PROCEDURE

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	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Madre	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Hermano / Hermana	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Abuelo/a	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.

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:

EDAD

HOSPITAL

PROCEDIMIENTO

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

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

EVERNORTH Care GroupSM

¿Su piscina está cercada

☐ Sí

☐ No

¿Su hijo se realiza controles odontológicos regulares?

☐ Sí

☐ No

¿Hay armas en su casa?

☐ Sí

☐ No

¿Le pone bloqueador solar a su hijo?

☐ Sí

☐ No

¿Están siempre descargadas y con seguro?

☐ Sí

☐ No