



CIGNA Medical Group

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 City State Zip Code

Telephone No.: Home \_\_\_\_\_ Cell/Other: \_\_\_\_\_

Siblings Names & Ages: \_\_\_\_\_

Who lives in the house with this child? \_\_\_\_\_

Person Completing Form/Relationship: \_\_\_\_\_

FAMILY HISTORY (Check if any family member has any of the following disorders):

- Allergies/Hay Fever     Bleeding Problems     Eczema     Lung Disease     Substance Abuse
- Anemia     High Blood Pressure     Heart Attacks / Stroke     Mental Illness / Depression     Seizures
- Arthritis     Cancer     Kidney Disease     Mental Retardation     Thyroid Disease
- Asthma     High Cholesterol     Learning Problems     Stomach Problems     Other: \_\_\_\_\_
- Birth Defects     Diabetes     Liver Disease     Overweight

BIRTH AND DEVELOPMENT:

Problems during pregnancy, labor or delivery: \_\_\_\_\_

Birth Weight: \_\_\_\_\_ Condition at birth: \_\_\_\_\_

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
- Anemia     Serious burns     Heart problems     Other: \_\_\_\_\_
- Asthma     Chicken pox     Lung problems
- Bedwetting     Concussion     Poisonings
- Bladder infection     Fractures     Seizures

HOSPITALIZATIONS OR SURGICAL PROCEDURES:

AGE	HOSPITAL	REASON FOR HOSPITALIZATION / TYPE OF SURGERY
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

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    Is your pool fenced?     Yes     No
- Are there guns in the home?     Yes     No    Are they kept unloaded and locked?     Yes     No
- Does your child get regular dental checkups?     Yes     No    Do you use sunscreen on your child?     Yes     No



CIGNA Medical Group

Pediatric Data Base

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Apellido Primero Nombre Segundo Nombre

Nombre de la mama': \_\_\_\_\_ Nombre del papa': \_\_\_\_\_  
Apellido Primero Nombre Segundo Nombre Apellido Primero Nombre Segundo Nombre

Domicillio: \_\_\_\_\_  
Dirección de calle Ciudad Estado Codigo Postal

Telefono: De la casa: \_\_\_\_\_ Celular / Mensaje: \_\_\_\_\_

Nombres y Edades de Hermanos: \_\_\_\_\_

¿Quién vive en casa con este niño? \_\_\_\_\_

La persona que lleno éste formulario/Relación: \_\_\_\_\_

HISTORIA DE LA FAMILIA (marque si algún miembro de la familia sufre de cualquiera de los siguientes desordenes):

- Alergias/fiebre de heno  Desorden de la Sangre  Eczema  Enfermedades del Pulmón  Abuso de Sustancia Nociva
- Anemia  Alta presión  Ataques del Corazón / Infarto  Enfermedad Mental / Depresión  Ataques Epilepticos
- Artritis  Cáncer  Enfermedad de los Riñon  Lento Aprendizaje  Enfermedad de los Tiroides
- Asma  Colsterol Alto  Problemas de Aprendizaje  Problemas de Estómago  Otro: \_\_\_\_\_
- Defectos de Nacimiento  Diabetes  Enfermedades del Hígado  Obesidad \_\_\_\_\_

NACIMIENTO Y DESEROLLO:

Problemas durante el embarazo o el parto: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Peso al nacer: \_\_\_\_\_ Condición al nacer: \_\_\_\_\_

Algún problema de:  Crecimiento  Desarrollo  Lenguaje  Comportamiento  Escuela

Comentarios: \_\_\_\_\_

ENFERMEDADES: (marques si el niño(a) ha tenido estos problemas):

- Alergias  Problemas al obrar  Infecciones de oido frecuentes  Problemas de la piel
- Anemia  Quemaduras serias  Problemas del corazón  Otro: \_\_\_\_\_
- Asma  Viruela  Problemas de los pulmones \_\_\_\_\_
- Orinar en la cama  Concusión  Envenenamiento \_\_\_\_\_
- Infección de vejiga  Fracturas  Ataques epilépticos \_\_\_\_\_

HOSPITALIZACIONES O PROCEDIMIENTOS QUIRURJICOS:

EDAD	HOSPITAL	RAZONES PARA LA HOSPITALIZACIÓN / TIPO DE CIRUJÍA
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

MEDICINAS:

Reacción alérgica a medicina: \_\_\_\_\_

Medicinas tomadas regularmente: \_\_\_\_\_

HISTORIA SOCIAL:

Estado civil de los padres (marque uno):  Casado(a)  Divorciado(a)  Soltero(a)

Si esta divorciado(a), quien tiene custodia legal? \_\_\_\_\_

Domicillio: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

- ¿Su niño(a) a visto cual quier tipo de violencia (golpiando, empujando)?  Sí  No
- ¿Fuma alguien en la casa?  Sí  No
- ¿Tiene piscina?  Sí  No
- ¿Hay armas en la casa?  Sí  No
- ¿Su niño(a) visita al dentista regularmente?  Sí  No
- ¿Usa el niño(a) porta bebe en el carro/cinto de seguridad?  Sí  No
- ¿Esta la piscine cercada?  Sí  No
- ¿Estan las armas descargadas y con llave?  Sí  No
- ¿Usas bloqueador solar en su hijos?  Sí  No