

Forma De Información Sobre El Niño

Numero de Paciente _____

Fecha de Hoy _____

Nuestro esfuerzo es hacer que la visita de su niño sea placentera y comfortable. Favor de llenar esta forma en su totalidad y en tinta.

Tu Niño

Nombre del Niño _____ Sexo _____ Edad _____

Sobrenombre _____ Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre Escuela _____ Grado _____

Direccion del Niño _____

Cuidad _____ Estado _____ Codigo Postal _____ # de Telefono _____

Persona Responsable

Nombre _____ Parentezco _____

Direccion _____ Correo Electronico _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Telefono de Casa _____ Telefono Celular _____ Telefono Trabajo _____

Nombre de persona responsable en hacer citas? _____

Informacion de Padres o de Guardian

Madre

Padre

Guardian

Padrastro/Madrasta

Nombre _____ Correo Electronico _____

Telefono de Casa _____ Telefono Celular _____ Telefono Trabajo _____

Trabajo _____ Ocupacion _____

Numero de Seguro Social _____ Numero de Licencia de Manejar _____

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo/a

Informacion de Padres o de Guardian

Madre

Padre

Guardian

Padrastro/Madrasta

Nombre _____ Correo Electronico _____

Telefono de Casa _____ Telefono Celular _____ Telefono Trabajo _____

Trabajo _____ Ocupacion _____

Numero de Seguro Social _____ Numero de Licencia de Manejar _____

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo/a

Informacion De Aseguranza Primaria

Nombre del Asegurado _____ Parentezco _____

Fecha de nacimiento _____ Numero de Seguro Social _____

Nombre donde trabaja _____ Fecha de comienzo _____ Ocupacion _____

Nombre de Aseguranza _____ Numero de Grupo _____ Numero de Identificacion _____

Direccion de Aseguranza _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Maximo de Beneficio \$ _____ Porcion a Pagar _____ Se ha Usado _____ Deductible _____

Informacion De Aseguranza Secundaria

Nombre del Asegurado _____ Parentezco _____

Fecha de Nacimiento _____ Numero de Seguro Social _____

Nombre Donde Trabaja _____ Fecha de comienzo _____ Ocupacion _____

Nombre de Aseguranza _____ Numero de Grupo _____ Numero de Identificacion _____

Direccion de Aseguranza _____ Porcion a pagar Se ha Usado _____ Maximo de Beneficio _____