



**Favor de llenar ambos lados en forma legible:**

Informacion Pediatrica del Paciente

Nombre completo de paciente: \_\_\_\_\_ Apodo: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino: \_\_\_\_\_ Femenino: \_\_\_\_\_

Telefono de casa: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Nombre de referencia ó Dr. Principal: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

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

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Telefono de casa: \_\_\_\_\_ Telefono de el trabajo: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Telefono de casa: \_\_\_\_\_ Telefono de el trabajo: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Nombre de pariente ó amigo: \_\_\_\_\_ Numero de telefono: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Informacion de aseguransa

Nombre de la compania de aseguransa: \_\_\_\_\_ telefono: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Nombre de Subscriptor principal: \_\_\_\_\_

Numero de Subscriptor: \_\_\_\_\_ Numero de grupo: \_\_\_\_\_

¿Medical? si dice si, denos el numero: \_\_\_\_\_ ¿HCP? si dice si, ponga el condado: \_\_\_\_\_

¿Alguna otra aseguransa? si dice si, por favor denos el nombre: \_\_\_\_\_