

# 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 \_\_\_\_\_

Cuidad \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_