



## INFORMACION DEL NUEVO PACIENTE

Nombre del niño \_\_\_\_\_  
apellido nombre inicial

Dirección \_\_\_\_\_

Apodo \_\_\_\_\_

Tel-casa # \_\_\_\_\_

Tel- niño celular # \_\_\_\_\_

Genero : Masculino Femenino

Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Referido por: \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

Pediatra nombre \_\_\_\_\_

Pediatra telefono \_\_\_\_\_

Ha tenido algunos de los siguientes problemas medicos? Circule los que si:

|                    |               |                             |
|--------------------|---------------|-----------------------------|
| Sangrado Anormal   | Anemia        | Cancer                      |
| Viruela            | Convulsiones  | Epilepsia                   |
| Asma               | Diabetes      | Hemofilia                   |
| Hepatitis          | Urticaria     | Problemas rinon/higado      |
| Saranpion          | Mononucleosis | Fiebre/ Reuma o Escarlatina |
| Erupciones de piel | Tuberculosis  | HIV/SIDA- negative          |

Problemas congenitos de Corazon? Si No

Soplos cardiacos? Si No

De que tipo: \_\_\_\_\_

Su niño ha sido diagnosticado con autismo/ necesidades especiales? Si No

De que tipo: \_\_\_\_\_

Allergias a medicamentos? Si No

A cuales: \_\_\_\_\_

Proposito de su visita con el dentista? \_\_\_\_\_

Otros hermanos que son pacientes actualmente:

Su niño tiene alguno de los siguientes habitos? Circule los que si:

Chuparse los labios Amamantar/ biberon

Morderse las unas Chuparse el dedo

El niño fue amamantado? Si No el niño es adoptado? Si No

**Guardian/Pariente #1**

Nombre \_\_\_\_\_  
apellido \_\_\_\_\_ nombre \_\_\_\_\_ inicial \_\_\_\_\_  
direccion \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Coaigo postal \_\_\_\_\_  
Nombre de su empleador \_\_\_\_\_ ocupacion \_\_\_\_\_  
Nombre de aseguradora \_\_\_\_\_  
aseguradora ID # \_\_\_\_\_  
Tel- casa \_\_\_\_\_ tel-trabajo \_\_\_\_\_  
Tel- celular \_\_\_\_\_  
SS# \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Genero: masculino femenino  
Estado: Soltero Casado Divorciada-o Viuda-o

**Guardian/Pariente #2**

Nombre \_\_\_\_\_  
apellido \_\_\_\_\_ nombre \_\_\_\_\_ inicial \_\_\_\_\_  
direccion \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Coaigo postal \_\_\_\_\_  
Nombre de su empleador \_\_\_\_\_ ocupacion \_\_\_\_\_  
Nombre de aseguradora \_\_\_\_\_  
aseguradora ID # \_\_\_\_\_  
Tel- casa \_\_\_\_\_ tel-trabajo \_\_\_\_\_  
Tel- celular \_\_\_\_\_  
SS# \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Genero: masculino femenino  
Estado: Soltero Casado Divorciada-o Viuda-o

Guardian/ Pariente #1 correo electronico \_\_\_\_\_

Guardian/ Pariente#2 correo electronico \_\_\_\_\_

El nino reside con: Guardian/ Pariente#1 Guardian/ Pariente#2 Ambos

El pariente que acompaña al paciente es responsable por pagar los servicios prestados.

Manera de pago:

Circule Uno: cheque efectivo tarjeta de credito

Si tiene seguro, le ayudaremos a entablar cobro por sus beneficios, sin embargo usted es responsable por las porciones no pagadas por su seguro. Entiendo que la informacion proveida es correcta de acuerdo a mi conocimiento y que sera manejada confidencialmente y soy responsable de informar de cualquier cambio en la cuenta o estado medico.

Firma de pariente o guardian \_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_\_