

**FORMA DE INFORMACION DEL PACIENTE**

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_ Hora de Cita: \_\_\_\_\_ Cita con: \_\_\_\_\_  
(medico)

**PERFIL DEL PACIENTE**

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre inicial  
Sexo: M H Numero Social: \_\_\_\_\_ Pariente Proximo \_\_\_\_\_  
Direccion: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_  
Peso al nacer: \_\_\_ lbs \_\_\_ ozs Ginecologo: \_\_\_\_\_ Hospital de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Complicaciones al nacer: \_\_\_\_\_ Parto: Cesarea / Normal

**INFORMACION ADICIONAL**

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_  
Relacion: \_\_\_\_\_ Farmacia de preferencia: \_\_\_\_\_  
Otros ninos (nombres): \_\_\_\_\_

**PERSONA/PARTE RESPONSABLE DE PAGO**

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre inicial  
Compania de Trabajo: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_  
Ocupacion: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Compania de Aseguro: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_  
Numero social: \_\_\_\_\_ # de Grupo: \_\_\_\_\_ # de Poliza: \_\_\_\_\_

**INFORMACION ADICIONAL DE LOS PADRES**

Nombre de Padres: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre inicial  
Compania de Trabajo: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_  
Ocupacion: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Compania de Aseguro: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_  
Numero social: \_\_\_\_\_ # de Grupo: \_\_\_\_\_ # de Poliza: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE REFERENCIA**

Referrido por: \_\_\_\_\_ Medico anterior: \_\_\_\_\_  
Archivo medicos requeridos del medico anterior  Si  No Fecha de peticion: \_\_\_\_\_

Yo autorizo la salida de cualquier informacion medica o otro tipo de informacion necesaria para procesar un caso legal. Yo permito que una copia de esta autorizacion sea usada en lugar de las original. Yo autorizo pago de beneficios medicos a este establecimiento medico en nombre de mi nino/a por concepto de servicios prestados. Pido que pagos sean hechos directamente a este establecimiento.

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