

INFORMACION DEL PACIENTE AL CORRIENTE

Por favor complete la forma para mantener su archivo al tanto

NOMBRE DEL NIÑO/A	SOBRENOMBRE	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO
MEDICO DE SU NIÑO/A		CIUDAD	ULTIMA FECHA QUE MIRO A SU MEDICO

¿A TENIDO SU NIÑO/A HISTORIA DE...? (SOLO MARQUE LOS QUE SI)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DEL CORAZÓN O SOPLOS | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE RIÑON O HIGADO | <input type="checkbox"/> HEPATITIS |
| <input type="checkbox"/> DIABETES | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE SANGRADO | <input type="checkbox"/> EPILEPSIA |
| <input type="checkbox"/> FIEBRES REUMÁTICAS | <input type="checkbox"/> CONVULSIONES/ATAQUES | <input type="checkbox"/> VIH POSITIVA/SIDA |
| <input type="checkbox"/> ALERGIAS | <input type="checkbox"/> ASMA | <input type="checkbox"/> DESORDEN DE SANGRE |
| <input type="checkbox"/> SENSIBILIDAD A DROGAS | <input type="checkbox"/> LESIÓN DE CEREBRO | <input type="checkbox"/> NINGUNO |

¿HAY ALGO FISICO, MENTAL O EMOCIONAL EN CUANTO A A SALUD DE SU HIJO/A?

Medicamentos de hoy en dia:

Alergias-favor de explicar:

PADRE Nombre completo
Número de Seguro Social
Fecha de nacimiento
Dirección residencial (calle)
Ciudad Código postal
Número telefónico Celular
Correo electrónico
Empleado por
Dirección de empleo (calle)
Ciudad Código postal #telefónico
Nombre de compañía de seguro dental
Numero de grupo

MADRE Nombre completo
Número de Seguro Social
Fecha de nacimiento
Dirección residencial (calle)
Ciudad Código postal
Número telefónico Celular
Correo electrónico
Empleado por
Dirección de empleo (calle)
Ciudad Código postal #telefónico
Nombre de compañía de seguro dental
Numero de grupo

VIVE EL NIÑO/A CON (FAVOR DE INDICAR)...

- MADRE PADRE AMBOS

TOME EN CUENTA: Si la familia no vive junta, el Padre quien traiga al niño/a es responsable de su cuenta. Cada pago es requerido al tiempo en que se le rinde el servicio. FIRMA _____

RELACION _____ FECHA _____

