

INFORMACION SOBRE PACIENTE DE PEDIATRIA

PACIENTE	Nombre Legal _____			
		Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido
	Fecha de Nacimiento _____	No. de Seguro Social _____	Apodo _____	
	Dirección _____		Ciudad _____	Estado _____ Código Postal _____
	Teléfono en casa (____) _____	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Estudiante <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> No	
	Médico referente _____	Médico Principal _____		
	Madre _____	Padre _____		

HERMANOS/AS	Nombre _____	Fecha de Nacimiento _____	Número de Seguro Social _____
	Nombre _____	Fecha de Nacimiento _____	Número de Seguro Social _____
	Nombre _____	Fecha de Nacimiento _____	Número de Seguro Social _____

PADRE/ GUARDIAN (QUE VIVE CON EL PACIENTE)	Nombre Legal _____			
		Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido
	Fecha de Nacimiento _____	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Número de Seguro Social _____	
	Estado Marital <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V		Nombre de su Cónyuge _____	
	Empleador _____	Número de Teléfono en el Trabajo (____) _____		

PERSONA RESPONSABLE POR EL PAGO (SI NO ES EL PADRE O GUARDIAN)	Nombre Legal _____			
		Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido
	Fecha de Nacimiento _____	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Número de Seguro Social _____	
	Dirección _____		Ciudad _____	Estado _____ Código Postal _____
	Teléfono en casa (____) _____	Relación al Paciente _____		
	Empleador _____	Número de Teléfono en el Trabajo _____		

INFORMACION ADICIONAL	¿Quién le informo de las Clínicas Mercy? <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Parientes <input type="checkbox"/> Comerciales <input type="checkbox"/> Otro
	¿Algún otro individuo debe tener acceso a su información financiera o expedientes médicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Por favor nombre esos individuos _____
Nombre una persona que no viva con el paciente que podamos usar como un contacto de emergencia:	
Nombre _____	Teléfono _____ Relación _____

INFORMACION SOBRE SEGURO	
Por favor provéanos con toda la información pertinente a su cobertura de seguro.	
Seguro Principal: Nombre del Seguro _____ Persona a nombre de la cual esta el seguro _____ Fecha de Nacimiento _____ Dirección de esta persona _____ Relación al Paciente _____ Número de Identificación _____ Número de Grupo _____ Fecha de Vigencia _____	Seguro Secundario: Nombre del Seguro _____ Persona a nombre de la cual esta el seguro _____ Fecha de Nacimiento _____ Dirección de esta persona _____ Relación al Paciente _____ Número de Identificación _____ Número de Grupo _____ Fecha de Vigencia _____

UNA COPIA DE LA TARJETA DE SEGURO TIENE QUE SER PRESENTADA AL MOMENTO DE LA VISITA

Firma _____

Fecha _____