

# Harvest Pediatrics

## Cuidado de Salud Comprensivo de Infantes, Niños y Adolescentes

Fecha \_\_\_\_\_

Numero de Cuenta # \_\_\_\_\_

POR FAVOR DE COMPLETAR TODAS LAS SECCIONES

**INFORMACION DEL PACIENTE**

NOMBRE DEL PACIENTE				SOBRE NOMBRE			
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	M OR F	NUMERO DE SEGURO SOCIAL		ESCUELA	GRADO	
NOMBRE DE OTROS NIÑOS EN LA FAMILIA			FECHA DE NACIMIENTO		VIVEN EN LA MISMA CASA		

**INFORMACION DE LOS PADRES**

NOMBRE DEL PADRE			<input type="checkbox"/> PADRE NATURAL	<input type="checkbox"/> PADRE ADOPTIVO	NOMBRE DE LA MADRE			<input type="checkbox"/> MADRE NATURAL	<input type="checkbox"/> MADRE ADOPTIVA				
			<input type="checkbox"/> GUARDIAN	<input type="checkbox"/> PADRASTRO				<input type="checkbox"/> GUARDIAN	<input type="checkbox"/> MADRASTRA				
NOMBRE DE LA ESPOSA					NOMBRE DEL ESPOSO								
DOMICILIO FISICO			CALLE		DOMICILIO FISICO			CALLE					
CIUDAD			ESTADO		CODIGO POSTAL		CIUDAD			ESTADO		CODIGO POSTAL	
DOMICILIO DE CORRESPONDENCIA						DOMICILIO DE CORRESPONDENCIA							
CIUDAD			ESTADO		CODIGO POSTAL		CIUDAD			ESTADO		CODIGO POSTAL	
TEL DE CASA			TEL (CELL)			TEL DE CASA			TEL (CELL)				
SEGURO SOCIAL			FECHA DE NACIMIENTO			SEGURO SOCIAL			FECHA DE NACIMIENTO				
COMPANIA DE TRABAJO						COMPANIA DE TRABAJO							
CORREO ELECTRONICO						CORREO ELECTRONICO							

**INFORMACION DE ASEGURANZA**

ASEGURANSA (PRIMARIA)						NOMBRE DEL ASEGURADO					
ASEGURANSA (SECONDARIA)						NOMBRE DEL ASEGURADO					

**FAMILIAR MAS CERCANO EN CASO DE EMERGENCIA**

PARIENTE MAS CERCANO QUE NO VIVE CON EL PACIENTE														
DOMICILIO			CIUDAD			ESTADO			CODIGO POSTAL			TELEFONO		
COMO FUE REFERIDO A ESTA OFICINA?														
A QUIEN CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA? NO LOS PADRES						TELEFONO			RELACION					

