

INFORMACION DEL PACIENTE REYENALO Y TRIALO PATRAS TUIMER CITA

NOMBRE _____ EDAD _____

DIRECCION _____

SEGURO SOCIAL DE PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO _____ TELEFONO _____

PADRES _____

PATRON DE PAPA _____

PATRON DE LA MAMA _____

NUMERO DE TELEFONO DEL TRABAJO _____

PARIENTO O AMIGO MAS CERCA DE USTED (QUE NO VIVA CON USTED)

Nombre _____ Parentesco _____

Telefono _____ Direccion _____

ALERGIO EL PACIENTE A ALGUNA MEDICINA _____

OTROS HIJOS DE SU FAMILIA Y SUS FECHAS DE NACIMIENTO

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Modo de pagar: Dinero _____ Cheque _____

Tarjeta Medical _____

ASEGURANSA _____

FIRMA DEL PADRE O TUTOR LEGAL FECHA

NUMERO DE SEGUO SOCIAL _____

FECHA DE NACIMIENTO _____