



LAKE WORTH PEDIATRICS

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del niño _____ Edad ____ Sexo M_ F_
Fecha de Nacimiento _____ #SS del niño _____
Nombre de la madre _____ Nombre del padre _____
Dirección completa de la casa _____ teléfono casa _____
_____ Teléfono del trabajo _____
Además de los padres quien mas está autorizado traer el niño?

INFORMACION DEL SEGURO

Nombre del seguro _____ Nombre del principal asegurado _____
De seguro social de la persona asegurada _____
De la licencia de manejar _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

En caso de emergencia, a quien debemos contactar?

1. Nombre _____ Teléfono _____ relación con el niño _____
2. Nombre _____ Teléfono _____ relación con el niño _____

Yo certifico que toda la información dada en esta registración es correcta y que doy consentimiento absoluto para que el Dr. Shankaraiah sean elegibles para cualquier pago y beneficio medico al igual que para obtener cualquier información médica de otro centro médico si es necesario.

Firma del padre o guardián

Fecha

LAKE WORTH PEDIATRICS

INFORMACION CLINICA

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Sexo ___ Raza _____ Edad en este momento _____

Nombre de la madre _____ Fecha de nacimiento _____ ocupación _____

Nombre del padre _____ Fecha de nacimiento _____ ocupación _____

Numero de hermanos _____ Edad de los hermanos 1_2_3_4_5_

HISTORIA FAMILIAR DE LOS SIGUIENTES DESORDENES MEDICOS

(Marque con x)

Hipertensión ___ enfermedad del corazón ___ convulsiones ___

Cáncer ___ asma ___ diabetes ___ enfermedades psiquiátrica ___

Muerte a edad temprana ___ otra ___ (especifique)

HISTORIA DEL PACIENTE

Ciudad de nacimiento _____ Hospital _____

Alergia conocida _____ Enfermedad crónica _____

Peso al nacimiento _____ Hospitalizaciones _____

Razones _____

Cirugías hechas en el pasado _____

Alguna otra condición que deba ser señalada _____

HISTORIA ALIMENTICIA

Pecho _____ Formula _____ comida regular _____

Firma _____ Fecha _____