

BERKS PEDIATRICS

FECHA _____

SEXO F M

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

DIRECCION _____

NUMERO DE TELEFONO PRINCIPAL _____ NUMERO DE SEGURO SOCIAL _____

CUALQUIER ALERGIA Y O N - QUE? _____ RAZA _____

NOMBRE DE FARMACIA Y DIRECCION _____

INFORMACION DE LA MADRE:

NOMBRE DE CASADA Y SOLTERA _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

DIRECCION SI DIFERENTE DEL PACIENTE _____

NUMERO DE LA CASA _____ NUMERO DE CELLULAR _____ TRABAJO _____

INFORMACION DE EL PADRE

NOMBRE DE EL PADRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

DIRECCION SI DIFERENTE DEL PACIENTE _____

NUMERO DE LA CASA _____ NUMERO DE CELLULAR _____ TRABAJO _____

A QUIEN CONTACTAMOS PRIMERO? MADRE O PADRE?

ON CASO DE EMERGENCIA A QUIEN CONTACTAMOS:

NOMBRE: _____ RELACION AL PACIENTE _____

NUMERO DE LA CASA _____ NUMERO DE CELLULAR _____

FIRMA DE PADRE O TUTOR _____ FECHA _____

