

DEER PARK PEDIATRICS

590 Nicolls Road

Deer Park, N.Y. 11729

(631) 242-7171

Informacion del Paciente (Favor Imprima)

Fecha de Hoy ___/___/___ Edad _____

Nombre _____ Jr. _____ Sr. _____ Femenino _____ Masculino _____

DIRECCION _____

TELEFONO(____) _____ TEL.TRABAJO(____) _____ Fecha de Nac. ___/___/___

NOMBRE DE MADRE _____ NOMBRE DE PADRE _____

Informacion de Seguro

Compania de Seguro _____

HMO ___ PPO ___ POS ___ MGD CARE _____

DIRECCION DE LA COMPANIA ASEGURADORA _____

Nombre del asegurado _____ Parentezco al Paciente _____

Dia de Nac. del asegurado _____ Social Security Nombre _____

Nombre del Empleo _____

Direccion de su Empleo _____

Empleo _____

Numero de ID del seguro _____ No. de Grupo _____ No.Union _____

Informacion Medicinal

Inf. de Recien Nacido: Peso _____ Altura _____

Nombre de Hospital _____

Tipo de Parto _____ Pecho _____ 0 Formula _____

Alergias de comidas o medicamentos _____

Medicaciones que este tomando _____

Describe cualquier condicion que el Doctor deba saber _____

Describe cualquier procedimiento de cirugia que la criatura haya tenido _____

Tiene su Hijo/a diabetes? _____ asma? _____

Informacion adicional similar de algun pariente

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Informacion Adicional: _____
