

Fecha:
 Day's Date:
 e-day's Date:

Forma de Registración Pediátrica

INFORMACION DEL PACIENTE				
APELLIDO DEL PACIENTE		NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE
DIRECCION		CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	¿Quién REFIRIÓ A SU HIJO(A) A NOSOTROS?	<input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/> HOMBRE	¿QUIEN ES EL PEDIATRA DE SU HIJO(A)?
INFORMACION DE LOS PADRES O DEL TUTOR LEGAL				
APELLIDO		NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE
DIRECCION		CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
<input type="checkbox"/> IGUAL QUE ARRIBA				
OCUPACION		LUGAR DE TRABAJO	TELEFONO DEL TRABAJO	
TELEFONO DE CASA		CELULAR	CORREO ELECTRONICO	
RELACION AL PACIENTE ES:				
<input type="checkbox"/> PAPA/MAMA BIOLOGICO <input type="checkbox"/> PAPA/MAMA ADOPTIVO <input type="checkbox"/> CUSTODIA LEGAL <input type="checkbox"/> PADRE DE CRIANZA <input type="checkbox"/> OTRO:				
PARENT OR LEGAL GUARDIAN INFORMATION				
APELLIDO		NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE
DIRECCION		CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
<input type="checkbox"/> IGUAL QUE ARRIBA				
OCUPACION		LUGAR DE TRABAJO	TELEFONO DEL TRABAJO	
TELEFONO DE CASA		CELULAR	CORREO ELECTRONICO	
RELACION AL PACIENTE ES:				
<input type="checkbox"/> PAPA/MAMA BIOLOGICO <input type="checkbox"/> PAPA/MAMA ADOPTIVO <input type="checkbox"/> CUSTODIO LEGAL <input type="checkbox"/> PADRE DE CRIANZA <input type="checkbox"/> OTRO:				
INFORMACION DE LA CUENTA				
PERSONA RESPONSABLE DE LA CUENTA Y LOS PAGOS			RELACION AL PACIENTE	
DIRECCION		CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
COMPANIA DE SEGURO MEDICO		SUBSCRIPTOR	RELACION AL PACIENTE	

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA COMPLETANDO LA FORMA:

FECHA:

REG007092019



Historial de Salud Pediátrica

INFORMACION DEL PACIENTE			
APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO
ESTADO DE SALUD ACTUAL Y HISTORIA DE SALUD			
HISTORIAL DE NACIMIENTO Y DESAROLLO <input type="checkbox"/> PREMATURO <input type="checkbox"/> TERMINO COMPLETO _____ LIBRAS _____ ONZAS ¿EL CRECIMIENTO Y DESAROLLO DE SU HIJO(A) ES NORMAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO QUE ES EL NIVEL ESCOLAR DE SU HIJO(A): RENDIMIENTO ESCOLAR:		DESCRIBA CUALQUIER PROBLEMA DURANTE EL EMBARAZO, EL PARTO, O DESPUES DEL NACIMIENTO DE SU HIJO(A):	
¿SU HIJO(A) USA LENTES? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿SU HIJO(A) USA LENTES DE CONTACTO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿HA TENIDO SU HIJO(A) UNA LESION OCULAR? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		ALERGIAS <input type="checkbox"/> NINGUNA <input type="checkbox"/> SI (FAVOR DE INDICAR CUALES)	
PORFAVOR HAGA UNA LISTA DE LOS PROBLEMAS DE SALUD QUE TIENE EN ESTE MOMENTO		PORFAVOR ESCRIBA CUALQUIER OTRO PROBLEMA DE OJO QUE TENGA	
MEDICAMENTOS		CIRUGIAS PREVIAS	
MEDICAMENTOS	DOSIS Y FRECUENCIA	CIRUGIA	ANO

