



Diana McLaughlin, M.D., F.A.A.P. Kids' Medical Care

2336 Immokalee Road, Naples FL 34110

Phone: (239) 591-8481
Fax: (239) 596-0212
www.kidsmedicalcare.com

FECHA: _____

INFORMACION DEL PACIENTE

M.R.# _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Medio Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ SS #: _____ Sexo M o F: _____

Dirección completa, Ciudad, Codico Postal: _____

Teléfono celular #1: _____ Teléfono celular #2: _____ Email: _____

Conforme a la Ley Federal proporcione la siguiente información Usted puede rechazar respondiendo "no".

Raza:

Etnia:

Lenguaje:

Madre o Representante Legal

Nombre de la Madre: _____

SS#: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Licencia de Guiar #: _____

Dirección: _____

Teléfono celular: _____ Teléfono de la casa: _____

Email: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Dirección de trabajo: _____ Teléfono de trabajo: _____

Padre o Representante Legal

Nombre Del Padre: _____

SS#: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Licencia de Guiar #: _____

Dirección: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono celular: _____

Email: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Dirección de trabajo: _____ Teléfono de trabajo: _____

Información de Contacto de Emergencia

Por favor proporcione el nombre de alguien que no viva en su casa que podemos contactar en caso de una emergencia.

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono celular: _____ Otro Telefono: _____

Dirección: _____

Seguranza Primaria

Nombre del Seguro: _____

Nombre de Asegurado: _____ Nombre del Grupo: _____

ID#: _____ Group #: _____

Dirección: _____

Teléfono #1: _____ Teléfono #2: _____

Seguranza Secundaria

Nombre del Seguro: _____

Nombre de Asegurado: _____ Nombre del Grupo: _____

ID#: _____ Group #: _____

Dirección: _____

Telefono #1: _____ Telefono #2: _____

Certifico que la información anterior es correcta en este momento. Yo notificare sin demora los cambios en la información anterior.

Fecha: _____ Nombre del Padre o Representante Legal: _____ Firma: _____