



Torneria Pediatrics LLC
206 W. Oak St., Suite A-1
Kissimmee, FL, 34741
(407) 483-8880
www.torneriapediatrics.com

INFORMACION DEL PACIENTE

PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de Nac.: _____ Sexo: Hombre _____ Mujer _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Area Postal: _____

Número de Seguro Social: _____

Número de teléfono casa: _____ Celular #: _____

MADRE/GUARDIAN LEGAL Vive con la mamá? SI _____ NO _____

Nombre: _____ Fecha de Nac.: _____

Número de Seguro Social: _____

() Marque aquí si la dirección es la misma

Empleo: _____ Dirección: _____

Teléfono Casa #: _____ Celular #: _____ Trabajo #: _____

PADRE/GUARDIAN LEGAL Vive con el papá? SI _____ NO _____

Nombre: _____ Fecha de Nac.: _____

Número de Seguro Social: _____

() Marque aquí si la dirección es la misma

Empleo: _____ Dirección: _____

Teléfono Casa #: _____ Celular #: _____ Trabajo #: _____



Torneria Pediatrics LLC
206 W. Oak St., Suite A-1
Kissimmee, FL, 34741
(407) 483-8880
www.torneriapediatrics.com

INFORMACION DEL PACIENTE (CONT.)

RESPONSABLE FOR SEGURO PRIMARIO: (circule uno) madre padre otro _____

PLAN DE SEGURO (primario)

Nombre de la Compañía de Seguro: _____

ID#: _____ Grupo #: _____

Dirección de la Compañía de Seguro: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Area Postal: _____

Teléfono de Compañía de Seguro #: _____

Tiene usted un plan de seguro secundario? SI _____ NO _____

Si tiene, cuál es el nombre: _____