



Fecha: _____

TORNERIA PEDIATRICS LLC

INFORMACION DEL PACIENTE

PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de Nac. _____ Niña Niño

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Area Postal: _____

Numero de telefono casa: _____ Celular #: _____

MADRE/GUARDIAN LEGAL

Vive con la Mama? SI NO

Nombre: _____ Fecha de Nac.: _____

Email _____

PADRE/GUARDIAN LEGAL

Vive con el Papa? SI NO

Nombre: _____ Fecha de Nac.: _____

Email _____

SEGURO MEDICO

Nombre de la Compania de Seguro _____

ID#: _____ Group #: _____

*** Tiene mas de 1 plan de seguro medico? SI NO

Nombre del seguro: _____

ID# _____ Group # _____