

**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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_