



INFORMACIÓN DEL PACIENTE DE NIÑO/A

Apellido del niño/a:		Nombre del niño/a:		Inicial media:	
Fecha de nacimiento:	Edad:	<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Hembra		Número de seguridad social:	
Dirección:		Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Nombre de Madre/Guarda:		Teléfono de casa:	Teléfono celular:		
Dirección:		Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Fecha de nacimiento:	Número de seguridad social:	Estado civil (<i>rodean uno</i>): Solo / Casado / Divorcio / Separado / Viuda			
Correo electrónico:		Teléfono de casa:	Teléfono celular:		
Empleador:	Dirección del empleador:				
Nombre de Padre/Guarda:		Teléfono de casa:	Teléfono celular:		
Dirección:		Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Fecha de nacimiento:	Número de seguridad social:	Estado civil (<i>rodean uno</i>): Solo / Casado / Divorcio / Separado / Viuda			
Correo electrónico:					
Empleador:	Dirección del empleador:				
Contacto de emergencia y Teléfono (<i>amigo/pariente que vive en una dirección diferente</i>):					
Seguro primario:					
Poseedor del seguro:			Número del seguro:		
Otro seguro:					
Poseedor del seguro:			Número del seguro:		
¿Aquí para una herida a la compensación de trabajadores? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			Fecha de la herida:		
Dirección del empleador:			Persona a contactar en el trabajo y teléfono:		
Declaro que no tengo otro seguro además de lo que está puesto en esta lista (<i>firma & fecha</i>)					
Raza/Pertenencia étnica: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Amerindio/habitante de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hawaiano natal/Isleño pacífico <input type="checkbox"/> Otro (<i>por favor escríbalo</i>):					
Lengua preferida: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro (<i>por favor escríbalo</i>):					
Referencia de optometrista:			Médico de primeros auxilios:		
Me intereso en saber más sobre: <input type="checkbox"/> LASIK <input type="checkbox"/> Saliendo de gafas <input type="checkbox"/> Procedimientos cosméticos y/o BOTOX					

POR FAVOR TRAIGA SUS TARJETAS DE SEGURO Y PERMISO DE CONDUCIR A LA RECEPCIÓN.