

Houston Pediatric Heart Specialists

Doctor: _____

Información del Paciente

Paciente Apellido: _____ Nombre: _____ Nombre medio: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código postal _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino

Origen Étnico: Asia Indio Americano Negro Blanco Hispano o Latino

Correo electrónico: _____

Información de Contacto

Mama Apellido: _____ Nombre: _____ Nombre medio: _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de Teléfono:(móvil): _____ Casa: _____ Trabajo: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código postal _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Papa Apellido: _____ Nombre: _____ Nombre medio: _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de Teléfono:(móvil): _____ Casa: _____ Trabajo: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/ Código postal _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Nombre Legal del Tutor: _____

Número de Teléfono:(móvil): _____ Casa: _____ Trabajo: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código postal _____

Información de Seguro Medico

SEGURO MEDICO PRIMARIO: _____ Fecha de vigencia: _____

Numero ID #: _____ Group ID # _____

Nombre del Asegurado: _____ Número de Seguro Social: _____

Fecha de nacimiento: _____ Relación del paciente con el asegurado _____

SEGURO MEDICO SECUNDARIO: _____ Fecha de vigencia _____

Numero ID #: _____ Group ID # _____

Nombre del Asegurado: _____ Número de Seguro Social: _____

Fecha de nacimiento: _____ Relación del paciente con el asegurado _____

Proveedor que lo Recomienda: _____ Número de Teléfono: _____

Médico de Cabecera/Pediatra: _____ Número de Teléfono: _____

Nombre de Farmacia: _____ Número de Teléfono: _____

De acuerdo a mi mejor conocimiento, la información proporcionada en este formulario es correcta y esta actualizada.

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL PACIENTE / TUTOR LEGAL:

Fecha _____