



1473 N. Lee Trevino
 El Paso, TX, 79936
 Phone: 915-280-9267
 Fax: 915-249-4262

Formulario demográfico

Información del paciente (niño)

Nombre: _____
 Apellido: _____
 Fecha de nacimiento: _____
 Sexo: M F
 Relación del niño con la parte responsable:

Hospital de nacimiento: _____

¿Es esta su primera visita a nuestra oficina?: S N

Información de hermanos:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Información de los padres

Padre #1

Nombre: _____
 Apellido: _____
 Sexo: M F
 Dirección (si es diferente a la anterior): _____
 Seguridad Social #: _____
 Fecha de nacimiento: _____
 Relación con el paciente: _____
 Empleador: _____
 Teléfono (casa/celular): _____
 Correo electrónico: _____

Padre #2

Nombre: _____
 Apellido: _____
 Sexo: M F
 Dirección (si es diferente a la anterior): _____
 Seguridad Social #: _____
 Fecha de nacimiento: _____
 Relación con el paciente: _____
 Empleador: _____
 Teléfono (casa/celular): _____
 Correo electrónico: _____

Información del seguro:

Seguro Primario

Nombre del titular de la póliza: _____
 Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____
 Relación con el paciente: _____
 Nombre del seguro: _____
 SS #: _____
 Empleador: _____
 Nombre del grupo o #: _____
 N° de cédula del asegurado: _____
 Dirección del titular de la póliza: _____

Seguro secundario

Nombre del titular de la póliza: _____
 Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____
 Relación con el paciente: _____
 Nombre del seguro: _____
 SS #: _____
 Empleador: _____
 Nombre del grupo o #: _____
 N° de cédula del asegurado: _____
 Dirección del titular de la póliza: _____

Contacto de emergencia/consentimiento para otro cuidador:

Doy permiso a la(s) siguiente(s) persona(s) para obtener atención para mi hijo(a) en Desert Bloom Pediatrics en mi ausencia. También doy permiso a esta persona o personas para que se comuniquen con Desert Bloom Pediatrics para obtener cualquier consejo médico, información/registros médicos y/o información de seguro/facturación necesaria para dicho niño.

Nombre	Número de teléfono	Relacion hacia el niño

Firma: _____ Fecha: _____