

INFORMACION PERSONAL

FECHA:

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **SEXO:** F M

FECHA DE NACIMIENTO: _____ **LUGAR DE NACIMIENTO:** _____

SU NIÑO/A TIENE ALGUNA ALERGIA? SI NO

A QUE : _____

DIRECCION DEL PACIENTE: _____

CIUDAD _____ **ESTADO:** _____ **ZONA POSTAL:** _____

TELÉFONO :(____) _____ **CELULAR:** (____) _____

NOMBRE DEL PAPÁ: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ **CORREO ELECTRONICO:** _____

TELÉFONO: (____) _____ CELULAR CASA

NOMBRE DE LA MAMÁ: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ **APELLIDO DE SOLTERA:** _____

CORREO ELECTRONICO: _____

TELÉFONO: (____) _____ CELULAR CASA

NOMBRE Y TELÉFONO DE UN FAMILIAR, VECINO O AMIGO AL QU SE PUEDA LLAMAR

DE EMERGENCIA: _____ **TELÉFONO:** (____) _____

NOMBRE DEL MEDICO O CLINICA QUE LO HA REFERIDO: _____

TELÉFONO: (____) _____

NOMBRE DE FARMACIA: _____

NUMERO DE TELEFONO: (____) _____