940 SE Cary Parkway
Suite 200
Cary, NC 27518-7417
Teléfono (919) 859-9991
Fax (919) 859-6595
www.wwpeds.com

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE** **Fecha:** _____

***(Liste TODOS los niños de la familia que son pacientes de este consultorio de 17 años y menores).***

| | **Niño 1** | **Niño 2** | **Niño 3** | **Niño 4** |
|---|---|---|---|---|
| **Apellido** | | | | |
| **Nombre** | | | | |
| Segundo nombre | | | | |
| **Fecha de nacimiento** | | | | |
| **Niño o Niña** | | | | |
| Nombre Preferido | | | | |
| Etnia | | | | |

**INFORMACIÓN DE LOS PADRES**

***TUTOR LEGAL***
**Nombre** _____

☐ Madre ☐ Padre ☐ Otro:
**Fecha de nacimiento** _____ N.º de seguro social _____
**Dirección postal** _____
**Ciudad** _____ **Estado** _____ **Código postal** _____
**Teléfono celular** _____
**Teléfono alternativo** _____
Empleador _____
Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ En pareja, pero no casado
☐ Divorciado ☐ Viudo
Idioma preferido _____
☐ **Madrastra** [SI corresponde]

***TUTOR LEGAL*** ☐ **marque si la dirección es la MISMA**
**Nombre** _____

☐ Madre ☐ Padre ☐ Otro: _____
**Fecha de nacimiento** _____ N.º de seguro social _____
**Dirección postal** _____
**Ciudad** _____ **Estado** _____ **Código postal** _____
**Teléfono celular** _____
**Teléfono alternativo** _____
Empleador _____
Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ En pareja, pero no casado
☐ Divorciado ☐ Viudo
Idioma preferido _____
☐ **Padrastro** [SI corresponde]

---

¿Con quién viven los niños? ☐ Padre ☐ Madre ☐ Ambos ☐ Otro _____

¿Quién tiene la custodia legal de los niños? ☐ Padre ☐ Madre ☐ Ambos ☐ Otro _____
**Por favor, proporcione los documentos legales que correspondan.**

¿Quién es responsable de las facturas médicas? ☐ Padre ☐ Madre ☐ Otro _____
**¿Qué n.º de teléfono debemos usar como su contacto principal?** _____ **¿Se puede dejar un mensaje a ese n.º? Si o No**
¿Cuál es su método de comunicación preferido?

☐ Teléfono _____ ☐ Correo electrónico _____

**INFORMACIÓN DEL SEGURO**
****TENGA EN CUENTA: ES POSIBLE QUE SE LE PIDA QUE PRESENTE SU TARJETA DE SEGURO EN **CADA** CONSULTA****

**SEGURO PRINCIPAL**
**Compañía de seguros** _____
**N.º de miembro/suscriptor** _____
**N.º de grupo** _____
**Fecha de emisión/vigencia** _____
**Nombre del empelado** _____
**Fecha de nacimiento del empleado** _____
**Empleador** _____

**SEGURO SECUNDARIO**
**Compañía de seguros** _____
**N.º de miembro/suscriptor** _____
**N.º de grupo** _____
**Fecha de emisión/vigencia** _____
**Nombre del empleado** _____
**Fecha de nacimiento del empleado** _____
**Empleador** _____

CONTACTO DE EMERGENCIA (que no sea el padre ni la madre) - si corresponde
Nombre _____ Relación _____
Teléfono celular _____

**FIRMA DEL PADRE, MADRE/TUTOR:** _____ **Fecha:** _____

**¿Cómo supo de nosotros?** □ Búsqueda en internet □ Facebook/Instagram □ Amigo/familiar/vecino □ Otro médico