

- Bina Adigopula, MD
- Nicole Molinos, MD
- Otro:



GROSSMONT PEDIATRICS

Información del paciente: Idioma Preferido: Inglés Español Otro: _____

Apellido: Segundo Nombre:		Nombre:		Fecha de Nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Dirección Del Paciente			Ciudad	Estado	Código Postal
Raza/Etnicidad	Aseguradora:	ID del Seguro:		SSN (opcional)	
Correo Electronico (si paciente es >18):		Celular:	Telefono Secundario:	Telefono de Trabajo:	

Estado Civil: PADRES/GUARDIAN LEGAL/ O PACIENTE > 18 AÑOS	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo
--	--

Omitir Información de Padre/Madre si el paciente es mayor de 18 Años:

Familiar/Tutor Legal 1 (persona financieramente responsable) Nombre:			Fecha de Nacimiento:	Familiar/Tutor Legal 2 Nombre:			Fecha de Nacimiento:
Relacion: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardian Legal <input type="checkbox"/> Otro (Relacio):				[] Relacion: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardian Legal <input type="checkbox"/> Otro (Relacio):			
Direccion		No. Apt.		Direccion		No. Apt.	
Ciudad	Estado	Codigo Postal		Ciudad	Estado	Codigo Postal	
Celular:		SSN:		Celular:		SSN:	
Correo Electronico:				Correo Electronico			
Contacto De Emergencia:							
Nombre _____				Relacion _____			
Numero de Casa _____				Celular _____			

Información de Farmacia

Nombre de Farmacia (De no contar con una, indique la mas cercana a su hogar):	
Direccion de Farmacia y Codigo Postal:	
Alergia a Medicamentos:	Otra (s) alergia:

Reconocimiento: Mi firma indica que la información proporcionada es verdadera según mi mayor conocimiento, También esta firma indica mi consentimiento a tratamiento en Grossmont Pediatrics para proveer cualquier tratamiento necesario a mis pendientes.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ Relacion con paciente: _____