



Fecha: \_\_\_\_\_

¡Bienvenido a Marimón Pediatrics! Donde esperamos proveer el mejor cuidado y atención personal para sus hijos. Por favor complete la siguiente información para nuestros registros médicos. Muchas Gracias.

INFORMACIÓN DE LOS PADRES	
Padre 1	Apellido: _____ Nombre: _____
	Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____
	Teléfono de trabajo: _____ Correo electrónico: _____
Padre 2	Apellido: _____ Nombre: _____
	Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____
	Teléfono de trabajo: _____ Correo electrónico: _____
Apellido del bebé: _____	
Dirección: _____ Apto #: _____	
Ciudad, Estado, Código postal: _____	
Seguro: <input type="checkbox"/> Aetna <input type="checkbox"/> Ambetter/Sunshine <input type="checkbox"/> AvMed <input type="checkbox"/> BCBS/FL Blue <input type="checkbox"/> Cigna <input type="checkbox"/> Coventry <input type="checkbox"/> Humana <input type="checkbox"/> United <input type="checkbox"/> Other: _____	
EMBARAZO/PLAN DE NACIMIENTO	
Fecha prevista: _____	Hospital: _____ Obstetra: _____
Sexo: _____	Método: <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea (debido a): _____ Alimentación: _____
Medicamentos de mama: <input type="checkbox"/> Vitaminas prenatales <input type="checkbox"/> Otros: _____	
Preocupaciones del embarazo: _____ <input type="checkbox"/> Ningunos	
INFORMACIÓN FAMILIAR	
Hermanos	Nombre: _____ Edad: _____
	Nombre: _____ Edad: _____
	Nombre: _____ Edad: _____
Condiciones Médica Familiar	Padre 1: _____
	Padre 2: _____
	Hermanos: _____
	Abuelos: _____
INQUIETUDES O TEMAS ESPECÍFICOS PARA DISCUTIR:	
¿COMO TE ENTERASTE DE NUESTRA PRACTICA?	