



peekaboo pediatrics

MOTHER-DAUGHTER TEAM OF
HEENA N. THAKKAR, MD, FAAP & SHILPA T. PANKAJ, MD, FAAP

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre Legal del Niño(a): (Apellido, Nombre, Inicial)	Fecha de Nacimiento:	Sexo: M F	Nombre Preferido:
Otros Niños(as) en La Familia:		Teléfono de la Casa:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono Principal:	Dirección de Correo Electrónico Principal:		
Lenguaje: (por favor circule) Inglés Español Otro: _____	Raza: (por favor circule) Indio Americano Afroamericano Otro: _____ Asiático Blanco Pacífico Isleño Hispano		
Hospital Donde Nació el Paciente:	La Dra. Thakkar o Dra. Pankaj ¿vieron al paciente en la sala de recién nacidos? Sí No		
¿Cómo se enteró de nosotras o cómo nos encontró?			

INFORMACIÓN DEL CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre de la Madre: (Apellido, Nombre, Inicial)	Celular de la Madre:	Teléfono del Trabajo de la Madre:	
Ocupación de la Madre:	Correo electrónico de la Madre:		
Dirección de la Madre: (si es distinta del paciente)	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Nombre del Padre: (Apellido, Nombre, Inicial)	Celular del Padre:	Teléfono del Trabajo del Padre:	
Ocupación del Padre:	Correo electrónico del Padre:		
Dirección del Padre: (si es distinta del paciente)	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Estado Civil de los Padres: (por favor circule) Casados Solteros Separados Divorciados Viudos			

Otro Contacto de Emergencia:	Relación con Paciente:	Teléfono:
------------------------------	------------------------	-----------

PERSONA FINANCIERAMENTE RESPONSABLE

Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Relación con el Paciente:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Seguro Social:	Teléfono de la Casa:	Celular:	Teléfono del Trabajo:

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

Seguro Médico Principal

Nombre del Seguro:	Teléfono del Seguro:	
Nombre del Asegurado:	Fecha de Nacimiento del Asegurado:	Seguro Social del Asegurado:
ID del Asegurado:	Grupo:	Empleador del Asegurado:

Seguro Médico Secundario (si aplica)

Nombre del Seguro:	Teléfono del Seguro:	
Nombre del Asegurado:	Fecha de Nacimiento del Asegurado:	Seguro Social del Asegurado:
ID del Asegurado:	Grupo:	Empleador del Asegurado:

INFORMACIÓN DE LA FARMACIA

***Por favor, tenga en cuenta que Peekaboo Pediatrics envía todas sus recetas electrónicamente y se le pedirá que elija una farmacia que acepte recetas electrónicas. Si en algún momento desea cambiar su farmacia, favor de hacerlo ANTES de que el médico vea a su hijo el día de la cita.*

Nombre de la Farmacia:	Teléfono de la Farmacia:	Fax:	
Dirección de la Farmacia:	Ciudad:	Estado:	Código Postal: