

**INFORMACION INTRODUCTORIA**  
**POR FAVOR ESCRIBA CADA RESPUESTA CLARAMENTE**

**Nombre del Niño(a):** \_\_\_\_\_ **Sexo:**      **M**      **F** **Edad:** \_\_\_\_\_  
APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

**Domicilio:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_  
CALLE CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

**Niño(a) vive con:** \_\_\_\_\_ **Relación con el niño(a):** \_\_\_\_\_

**# Contacto para citas:** (    ) \_\_\_\_\_ **Nombre de la Escuela:** \_\_\_\_\_

**Favoritos:** \_\_\_\_\_  
COLOR MUSICA JUGUETE PASATIEMPOS

**Esta El/Ella envuelto(a) en actividades extracurriculares?**      **Si**      **No** **Si es así, cuáles?** \_\_\_\_\_

**Nombre Hermanos (as):** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
NOMBRE EDAD NOMBRE EDAD NOMBRE EDAD

**Son ellos(as) pacientes nuestros?**      **SI**      **NO** (Si es así, por favor encierre su nombre en un círculo)

**Nombre del Padre/Custodio Legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha Nac.** \_\_\_\_\_

**Domicilio:** \_\_\_\_\_  
( Si es diferente del Niño (a) ) CALLE CIUDAD CODIGO POSTAL

**Casa:** (    ) \_\_\_\_\_ **Celular:** (    ) \_\_\_\_\_ **Lic. de Conducir #** \_\_\_\_\_

**Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_ **Seguro Soc. #** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Empleado por:** \_\_\_\_\_ **Posición Actual:** \_\_\_\_\_

**Dirección del Negocio:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** (    ) \_\_\_\_\_  
CIUDAD CODIGO POSTAL

**Nombre de Asegurancia Dental:** \_\_\_\_\_ **Grupo # :** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** (    ) \_\_\_\_\_

**Nombre de la Madre/Custodia Legal** \_\_\_\_\_ **Fecha Nac.** \_\_\_\_\_

**Domicilio:** \_\_\_\_\_  
( Si es diferente del Niño (a) ) CALLE CIUDAD CODIGO POSTAL

**Casa:** (    ) \_\_\_\_\_ **Celular:** (    ) \_\_\_\_\_ **Lic. de Conducir#** \_\_\_\_\_

**Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_ **Seguro Soc.#** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Empleado por:** \_\_\_\_\_ **Posición Actual:** \_\_\_\_\_

**Dirección del Negocio:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** (    ) \_\_\_\_\_  
CIUDAD CODIGO POSTAL

**Nombre de Asegurancia Dental:** \_\_\_\_\_ **Grupo # :** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** (    ) \_\_\_\_\_

**A quién podemos agradecer su referencia a nuestra oficina?** \_\_\_\_\_  
NOMBRE CIUDAD

**A quién podemos llamar en caso de Emergencia?** \_\_\_\_\_  
NOMBRE RELACION CON EL NIÑO(A) # TELEFONO

**Pediatra:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** (    ) \_\_\_\_\_  
NOMBRE

**Especialista:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** (    ) \_\_\_\_\_  
NOMBRE ESPECIALIDAD

**Si desea utilizar su asegurancia Kaiser.... Por favor Provéanos con su numero de asegurancia de Kaiser** \_\_\_\_\_