

**HISTORIAL DEL PACIENTE  
FORMULARIO MEDICO**

Dr. Belkys Bravo, M.D., F.A.A.P.  
Dr. Roxanna G. Santana, M.D., F.A.A.P.

**NOMBRE DE LA MADRE:** \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de soltera: \_\_\_\_\_ S.S. # \_\_\_\_\_

Direccion Permanente: \_\_\_\_\_

Cludad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo postal: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Tel. Casa: \_\_\_\_\_

Lugar de empleo: \_\_\_\_\_ Ocupacion: \_\_\_\_\_

Tel. Trabajo: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_ Tel. Celular: \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL PADRE / TUTOR:** \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ S.S. # \_\_\_\_\_

Direccion Permanente: \_\_\_\_\_

Cludad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo postal: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Tel. Casa: \_\_\_\_\_

Lugar de empleo: \_\_\_\_\_ Ocupacion: \_\_\_\_\_

Tel. Trabajo: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_ Tel. Celular: \_\_\_\_\_

Seguro Medico Primario: \_\_\_\_\_ Numero de Poliza: \_\_\_\_\_

Numero de Grupo: \_\_\_\_\_

**Nombre del Menor:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Sexo** \_\_\_\_\_

*Yo autorizo a la Dra. Belkys Bravo a recibir pagos y beneficios de mi compañía aseguradora PPO, HMO, o cualquier tercera persona responsable. Yo entiendo que soy responsable financieramente por los cargos que no sean cubiertos por mi seguro, por los servicios obtenidos. Yo autorizo a la Dra. Bravo a facilitar los archivos medicos de mi hijo(a)s si fuera necesario.*

Autorizacion y concentimiento del paciente a recibir tratamiento medico.

Madre/Tutor: \_\_\_\_\_ Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

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