

NEW BRAUNFELS PEDIATRIC ASSOCIATES, P.A.
 1535 & 1533 East Common Street, New Braunfels, Texas 78130
 237 Hunters Village, New Braunfels, Texas 78132
 Office * (830) 625-9153 Fax * (830) 609-0572

Timothy W. Owens, M.D., Mark D. Statler, M.D., Jay S. Weinberg, M.D., Sarah E. Rieger, M.D., Ramona Peck, M.D.
 Michelle L. Bernardy, M.D., Kristen Roeder, M.D., Whitney Morgan, M.D., Rachel L. Hayden, PA-C,
 Wendi H. Reagan, RN, CPNP, Ismaela Gomez, DPN, RN, CPNP, Kristen Roach, RN, CPNP, Sherry Martinez, CPNP

Gracias por elegir a nuestra oficina. Con el fin de realizar el servicio correcto, necesitaremos la siguiente información.

PERSONAL DATA

Madre? Nombre s	Edad	Fecha de Nacimiento	
Teléfono de la casa #	Cell Phone #	Seguro Social #	
Contacto de Emergencia y de la relación	Teléfono de Emergencia		
Madre? Dirección s	Ciudad	Estado	Código postal
Madre? S Ocupación	Madre? Empleador s	Número telefónico del empleador	
Padre? Nombre (s o un adulto legalment responsable)	Teléfono de la casa #	Cell Phone #	
Fecha de Nacimiento	Seguro Social #		
Padre? Direccións	Ciudad	Estado	Código postal
Padre? S Ocupación	Padre? Empleador s	Número Telefónico del empleador	

INFORMACIÓN DEL SEGURO

* Las compañías de seguros podrán exigir que para agregar un hijo dentro de 30 días para la cobertura de nacimiento *

Seguro de Salud Si No

Nobre del Asegurado	Fecha de Nacimiento	Titular de la Dirección Política	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre de la Compañía de Seguros	Dirección de la compañía	Ciudad	Estado	Código postal	
Grupo #	Política #	Cantidad del Copago			
Nombre del titular de la póliza (enseñanza secundaria)	Fecha de Nacimiento	Titular de la Dirección Política	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre de la Compañía de Seguros (enseñanza secundaria)	Dirección de la compañía	Ciudad	Estado	Código postal	
Grupo #	Política #	Cantidad del Copago			

¿Son las vacunaciones infantiles cubiertos por su seguro de avión? Si No (Si no lo sabe, por favor determinar)

Referido Por:

Doctor actual de la madre:

HISTORIA DE LA FAMILIA

HA cualquier familiar consanguíneo vez ha tenido	MIEMBROS De LA FAMILIA	Fecha de Nacimiento	SALUD
<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Sangrado excesivo	Padre	
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática	Madre	
<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Problemas renales	Niños	
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Problemas de tiroides		
<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Problemas del corazón		
<input type="checkbox"/> Defectos de Nacimiento			

PRENATAL DE DATOS

Fecha de vencimiento de la Madre	Los medicamentos tomados durante el embarazo		
Número de embarazos previos	Abortos involuntarios	Sanguíneo de la madre	Tipo de Sangre del Padre