

**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.,  
 Rachel L. Hayden, PA-C, Ashley Witkowski, PA-C, Wendi H. Reagan, MSN, APRN, CPNP, Ismaela Gomez, DPN, APRN, CPNP, Kristen Roach, MSN, APRN, CPNP

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

<b>PERSONAL DATA</b>						
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? Direccions		Ciudad	Estado	Código postal		
Padre? S Ocupación		Padre? Empleador s		Número Telefónico del empleador		
<b>INFORMACIÓN DEL SEGURO</b>						
* Las compañías de seguros podrán exigir que para agregar un hijo dentro de 30 días para la cobertura de nacimiento *						
Seguro de Salud <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (Si no lo sabe, por favor determinar)						
Referido Por:						
Doctor actual de la madre:						
<b>HISTORIA DE LA FAMILIA</b>						
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						
<b>PRENATAL DE DATOS</b>						
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		