

INFORMACIÓN SUPLEMENTARIA SOBRE PACIENTES

Nombre del Niño: _____ Solicitud No. _____
(Apellido(s)) (Nombre(s))

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____
Día Mes Año

Información del Médico o Profesional de la Salud

Nombre del Médico o Profesional de la Salud: _____ Especialidad: _____
(si viene al caso)

Dirección: _____
(Calle y Número) (Ciudad) (Condado) (Estado/Provincia) (Código Postal)

Teléfono: (_____) _____
(Código de Area) (Número)

Nombre del Médico Titular: _____ Especialidad: _____

Dirección: _____
(Calle y Número) (Ciudad) (Condado) (Estado/Provincia) (Código Postal)

Teléfono: (_____) _____
(Código de Area) (Número)

Si el niño no está en la actualidad en tratamiento médico, indique el nombre, dirección y número de teléfono del último médico que lo atendió:

(Nombre del Médico) (Dirección) (Código de Area) (Teléfono)

FUENTE DE REFERENCIA

1. Por primera vez, como se enteró de los Hospitales Shriners? (Marque uno Solamente)
2. Quién/Que es directamente responsable por su referencia presente (esta referencia) a los Hospitales Shriners? (Marque uno Solamente)

<u>Primera Vez Se Enteró</u>	<u>Esta Referencia</u>	<u>Primera Vez Se Enteró</u>	<u>Esta Referencia</u>	<u>Primera Vez Se Enteró</u>	<u>Esta Referencia</u>
<input type="checkbox"/> Miembro de Familia/ yo mismo(a), amigo(a), ajeno a Shriners	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Otro Proveedor de cuidados de salud (terapista, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Medios de Publicidad (Marque uno)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Un Shriner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Escuela/Maestro	<input type="checkbox"/>	Televisión	
<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/>			Cartelera	
				Cartel/Folleto	
				Radio	
				Periódico	
				Otro (especifique) _____	

Hospitales Shriners
Para Niños