



Información del Paciente

Nombre Completo de la persona refiriendo el paciente: _____ Relación al paciente: _____

Número de teléfono (Si es internacional incluya el código de área): _____

Idioma Primario: _____ Correo electrónico: _____

Nombre Completo del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento del Paciente: _____ Genero/Sexo del Paciente: _____

Dirección Residencial del Paciente: _____

Diagnostico: _____

Síntomas: _____

Nombre de Padre/Madre #1: _____

Número de teléfono (Si es internacional incluya el código de área): _____

Lenguaje Primario: _____ Correo Electrónico: _____

Nombre de Padre/Madre #2: _____

Número de teléfono (Si es internacional incluya el código de área): _____

Lenguaje Primario: _____ Correo Electrónico: _____

Nombre Completo de guardián legal (Si es aplicable): _____

Número de teléfono (Si es internacional incluya el código de área): _____

Lenguaje Primario: _____ Correo Electrónico: _____

Nombre del Medico Primario/ Pediatra: _____

Número de teléfono: _____ Fax: _____

Nombre de la practica: _____ Correo Electrónico: _____

Dirección de la practica: _____

¿Cómo aprendiste sobre Hospitales Shriners para Niños? _____

¿Tienes preferencia de alguna localización (estado) de Hospitales Shriners para Niños? (si está disponible): _____

Notas Adicionales: _____
