

Kids deserve the best.

Información familiar y sobre cobertura médica

Nombre del niño: _____ Apodo: _____

Dirección: _____

Fecha de nacimiento: _____

Diagnóstico o problema principal: _____

Tutor legal:

 Madre Padre Otro:

Nombre: _____

Dirección: _____

Nº de teléfono: _____

Familiares

Nombre de la madre: _____

Dirección: _____

Correo electrónico: _____

Nº de teléfono 1: _____ Nº de teléfono 2: _____

Nombre del padre: _____

Dirección: _____

Correo electrónico: _____

Nº de teléfono 1: _____ Nº de teléfono 2: _____

Hermanos

Nombre: _____ Edad: _____

Nombre: _____ Edad: _____

Nombre: _____ Edad: _____

Otros familiares que vivan en la misma casa: _____

Nº de teléfono 1: _____ Nº de teléfono 2: _____

Información familiar importante

Idioma que se habla en el hogar: _____

Nombre del intérprete: _____

Nº de teléfono durante el día: _____ Nº de teléfono en la noche: _____

Otra información familiar importante: _____

Contacto de emergencia

Nombre: _____
 N° de teléfono 1: _____ N° de teléfono 2: _____

Escuela

Nombre: _____ Grado: _____
 Nombre del contacto clave: _____
 Dirección: _____
 N° de teléfono 1: _____ N° de teléfono 2: _____

Proveedor de servicios de salud de su hijo

Nombre: _____
 Nombre del contacto clave: _____
 Dirección: _____
 N° de teléfono 1: _____ N° de teléfono 2: _____
 Días/horas: _____

Información del seguro médico

Nombre del **seguro médico principal**: _____
 Número de póliza: _____ Número de grupo: _____
 Persona de contacto y puesto: _____
 Dirección: _____
 Teléfono: _____ Fax: _____
 Administrador de casos del seguro: _____
 Nombre **de otro seguro**: _____
 Número de póliza: _____ Número de grupo: _____
 Persona de contacto y puesto: _____
 Dirección: _____
 Teléfono: _____ Fax: _____
 Administrador de casos del seguro: _____