

# Sanders Hand & Pediatric Therapy



## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

### Información del paciente:

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ M F

Médico de Referencia: \_\_\_\_\_ Numero de telefono: \_\_\_\_\_

Médico de Atención Primaria (si es diferente): \_\_\_\_\_ Numero de telefono: \_\_\_\_\_

### Información de los Padres

Nombre de Padre(s)/Tutor: \_\_\_\_\_ Numero de telefono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Numero de telefono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección de envío: \_\_\_\_\_ Cuidad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

### Información de Aseguranza

El suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_ # de póliza/ID #: \_\_\_\_\_ # de grupo: \_\_\_\_\_

### Terapia Previa

¿Ha tenido tratamiento de terapia ocupacional en cualquier otro centro este año? \_\_\_\_\_

Si es así, donde: \_\_\_\_\_ Por cuanto tiempo: \_\_\_\_\_

¿Dónde escucho acerca de nosotros? DR AMIGO FAMILIAR RADIO FACEBOOK OTRO: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente/ Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_