



Olga L. Gomez M.D., P.A.
**Children's
Clinic**

Cuestionario Para Paciente Nuevo

Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Apellido: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Sexo: M F Raza: Blanco Afroamericano Otro _____

Grupo Etnico: Hispano o Latino Sudamericano Otro _____

Direccion: _____ Ciudad: _____

Estado: _____Codigo Postal: _____

Celular Telefono De Casa: _____ Telefono Alternativo: _____

Correo Electronico: _____

Nombre De Seguro: _____

Numero De Poliza: _____ Numero Del Grupo: _____

Garante Del Seguro: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Razon De La Visita: _____

Fecha y Hora De Cita: _____

Metodo De Recordatorio De Las Citas: Celular Telefono De Casa Mensaje/Texto (SMS) Correo

Nombre De La Mama: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Nombre De El Papa: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Nombre Del Tutor Legal: _____ Fecha De Nacimiento: _____