



CARLOS ORTIZ MD PC
 142-42A 41ST Avenue, Flushing NY 11355
 Phone (718) 939-8440 Fax (718) 939-5378



INFANT & MOTHER HEALTH INFORMATION

Nombre Del Paciente:		Fecha de Nacimiento: ____/____/____	
Direccion del Hogar: _____ _____			
Teléfono Principal (____) ____-_____			
Nombre de la Madre :		Nombre del Padre:	
¿En que hospital nacio el bebe?		¿Fue parto natural or cesaria inducido?	
¿El bebe fue prematuro? ¿Inducido? ¿Hubo complicaciones? ¿Cuidados intensivos?			
¿Quién fue el doctor de la madre?		¿Quién fue el pediatra asignado que le permita salir del hospital al bebe?	
¿Cuáles fueron las fechas que el bebe estuvo en el hospital?		¿Si fueron mas de tres dias, por favor explique la razon:	
¿El bebe recibio la vacuna de Hep B en el hospital? Sí o No		¿Cual fue el peso del bebe y la talla? ____lbs ____oz ____pulgadas	
¿El examen de audicion fue normal? Sí o No			

INFANT & MOTHER INSURANCE INFORMATION

¿Esta el bebe cubierto por el seguro de la mama or papa?		¿Cual es el nombre del seguro?	
¿Cual es el # de seguro social de la persona que provee seguro al bebe?		¿Fue notificada la compania de seguro del nacimiento? Sí o No	
¿El bebe continuadra con el mismo seguro despues de un mes? Sí o No		¿Tiene el bebe un seguro secundario? ¿Cuál? Sí o No, ¿Cual?_____	

Firma

____/____/____
Fecha