



Formulario de Admision Confidencial para Niños

Fecha de Hoy: _____

Nombre de niño/a: _____ Fecha de Nacimiento : _____ Genero: M__ F__ Con quien vive el niño/a: _____ Escuela: _____ Grado: _____ Telefono: _____ Email: _____ Seguro Social: _____	Nombre de la Madre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Direccion: _____ Ciudad: _____ CP: _____ Empleado Por: _____ Telefono: _____ Celular: _____ Telefono de Trabajo: _____ Email: _____ Seguro Social : _____	Nombre del Padre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Direccion: _____ Ciudad: _____ CP: _____ Empleado Por: _____ Telefono: _____ Celular: _____ Telefono de Trabajo: _____ Email: _____ Seguro Social : _____
Afiliacion Religiosa: _____	Estado Civil: Soltero: _____ Casado: _____ Separado: _____ Divorciado: _____ Viudo: _____ Viven Juntos: _____	

NOMBRES DE HIJOS:

NOMBRE	EDAD	ESCUELA/GRADO	BIOLOGICO/ADOPTADO
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Nombre de cualquier otra persona que vive en la misma casa: _____

Nombre de Pediatra: _____ Fecha de la ultima cita: _____

Su hijo/a esta recibiendo atencion medica actualmente? Si No Porfavor explique: _____

Su hijo/a esta recibiendo algun medicamento actualmente? Si No Porfavor explique: _____

Porfavor indique si tiene alergias: _____

Su hijo/a a recibido asesoriamento antes? Si No Por medio de quien? _____ Fecha/Año? _____

Explique brevemente porque necesita asesoriamento: _____

Referido por: _____ Direccion: _____

Me gustaría enviar una nota de agradecimiento a la persona que lo refirió por apoyar nuestro ministerio. Porfavor firme aqui para obtener su permiso.

Firma _____ Fecha _____

Yo autorizo al centro de Winning At Home para que use mi correo electronico y telefono para que mande cambios o confirmaciones de mi horario de citas o las de mi hijo/a.

Firma _____