



PO Box 670207 Marietta, GA 30066
Oficina 678-503-8702, Fax 678-503-8912

www.koolkidzpt.com

Formulario de historia e información

Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento del niño _____ Sexo ____
Número de teléfono (de casa) _____
Nombre de la madre _____ Fecha de nacimiento de la madre _____
Número de teléfono (móvil) _____
Nombre del padre _____ Fecha de nacimiento del padre _____
Número de fax _____
Dirección de la familia _____ Ciudad _____
Código postal _____
Ocupación de la madre _____ Número de teléfono (trabajo) _____
Correo electrónico _____
Ocupación del padre _____ Número de teléfono (trabajo) _____
Escuela/guardería del niño _____
Diagnostico del niño _____ Médico remitente _____
Número de teléfono (del médico) _____
Dirección del médico: _____
Compañía de seguros _____ Número de teléfono _____
Envía las reclamaciones a esta dirección _____
Nombre del asegurado _____ Número de serie del asegurado _____
Número de la póliza _____
Número del grupo _____ ¿El niño está cubierto para un otra póliza del seguro? ____ Sí ____ No

Por favor, provee información de seguro secundario en el otro lado de esta forma

Hermanos, edades _____
La fecha del ultimo evaluación de terapia física/ocupacional _____

¿Los inmunizaciones del niño están actualizados? _____

Alergias del niño _____

¿Su niño fue nacido prematuramente? ¿A que etapa de gestación? _____

¿Su niño fue requerido para quedarse en el NICU después del nacimiento? ¿Por qué y que son las razones?

¿Que se gustaría lograr para su niño por esta intervención física/ocupacional? _____

¿Hay otras cosas su terapeuta necesita saber sobre su niño que puede ayudar él cuando está trabajando con su niño? _____
