

Child Registration Form

		Child				
Last Name	First N	lame	Middle Initial			
Address (if different from parent or guardian)						
-		<u>-</u>	Zip Code			
DOB/	Sex	Social Securi	ty Number			
Patient Ethnicity: \Box H	ispanic or Latino 🗆 No	ot Hispanic or Latino				
Patient Race: \square American Indian \square Alaska Native \square Asian \square Native Hawaiian \square White						
☐ Pacific Islander ☐ Black or African American						
Emergency Contact Information:						
			_ Phone Number			
Name of Insurance						
Additional Child						
Last Name	First N	lame	Middle Initial			
Address (if different f	rom parent or guardia	an)				
City		_ State	Zip Code			
DOB/	_/ Sex	Social Securi	ty Number			
Patient Ethnicity: \Box H	ispanic or Latino 🗆 No	ot Hispanic or Latino				
Patient Race: Amer	ican Indian □Alaska N	lative 🛭 Asian 🗆 Nat	ive Hawaiian 🗆 White			
☐ Pacif	ic Islander 🗆 Black or	African American				
Emergency Contact In						
·			Phone Number			
Relationship to Patier						
Name of Insurance		_				
		Additional Child				
Last Name	First N	lame	Middle Initial			
			Windle ilitidi			
			Zip Code			
DOB / Sex Social Security Number						
Patient Ethnicity: ☐ Hispanic or Latino ☐ Not Hispanic or Latino						
Patient Race: ☐ American Indian ☐ Alaska Native ☐ Asian ☐ Native Hawaiian ☐ White						
☐ Pacific Islander ☐ Black or African American						
Emergency Contact Information:						
Name	mePhone Number					
Name of Insurance						



Child Registration Form

Additional Child						
Last Name	First	Middle Initial				
Address (if different from parent or guardian)						
City		State	Zip Code			
DOB / Sex Social Security Number						
Patient Ethnicity: ☐ Hispanic or Latino ☐ Not Hispanic or Latino						
Patient Race: ☐ American Indian ☐ Alaska Native ☐ Asian ☐ Native Hawaiian ☐ White						
☐ Pacific Islander ☐ Black or African American						
Emergency Contact Information:						
Name			Phone Number			
Relationship to Pat	ient					
Name of Insurance						
Additional Child						
Last Name	First	: Name	Middle Initial			
			Zip Code			
DOB/	Sex	Social	Security Number			
Patient Ethnicity:]Hispanic or Latino □ I	Not Hispanic or L	atino			
Patient Race: ☐ Am	nerican Indian 🗆 Alaska	a Native □ Asiar	n □ Native Hawaiian □ White			
□ Pa	cific Islander 🗆 Black (or African Ameri	can			
Emergency Contact	Information:					
Name			Phone Number			
•						
Name of Insurance						
		Additional	Child			
Last Name	First	Name	Middle Initial			
			Zip Code			
DOB Sex Social Security Number						
Patient Ethnicity: ☐ Hispanic or Latino ☐ Not Hispanic or Latino						
Patient Race: ☐ American Indian ☐ Alaska Native ☐ Asian ☐ Native Hawaiian ☐ White						
☐ Pacific Islander ☐ Black or African American						
Emergency Contact Information:						
	NamePhone Number					
Name of Insurance						



Formulario de Registro para Niños

Niño					
Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre			
Dirección (si es diferente a la del padre o tutor legal)					
Ciudad	Estado	Código Postal			
Fecha de nacimiento/	Sexo Nún	nero del Seguro Social			
Grupo Étnico del paciente: □Hispan	o o Latino 🗆 No Hispano o	Latino			
Raza del paciente: □ Indio nativo de	los Estados Unidos 🛚 Nati	ivo de Alaska 🛛 Asiático 🗆 Nativo de Hawaii			
☐ Blanco ☐ Isleño del Pacífico ☐ Negro o Afroamericano					
Información del contacto de emergo	encia:				
Nombre		Teléfono			
Relación con el paciente					
Nombre del seguro					
	Niño Adicional				
Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre			
Dirección (si es diferente a la del pa	dre o tutor legal)				
Ciudad	Estado	Código Postal			
Fecha de nacimiento/	Sexo	Número del Seguro Social			
Grupo Étnico del paciente: □Hispano o Latino □ No Hispano o Latino					
Raza del paciente: □ Indio nativo de	los Estados Unidos □Nativ	o de Alaska 🛘 Asiático 🗆 Nativo de Hawaii			
☐ Blanco ☐ Isle	ño del Pacífico 🗆 Negro o A	froamericano			
Información del contacto de emergo	encia:				
		Teléfono			
Relación con el paciente					
Nombre del seguro					
	Niño Adicional				
		Inicial del segundo nombre			
		Código Postal			
_		Número del Seguro Social			
Grupo Étnico del paciente: □Hispano o Latino □ No Hispano o Latino					
Raza del paciente: ☐ Indio Nativo de los Estados Unidos ☐Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Nativo de Hawaii ☐ Blanco ☐ Isleño del Pacífico ☐ Negro o Afroamericano					
e e e e e e e e e e e e e e e e e e e					
Información del contacto de emerge	eño del Pacífico □ Negro o	Afroamericano			
Información del contacto de emergo Nombre	eño del Pacífico □ Negro o encia:				
Nombre	eño del Pacífico □ Negro o encia:	Teléfono			
Nombre	eño del Pacífico □ Negro o encia:	Teléfono			



Formulario de Registro para Niños

Niño Adicional					
ApellidoNombre	Inicial del segundo nombre				
Dirección (si es diferente a la del padre o tutor legal)					
Ciudad Estado	Código Postal				
Fecha de nacimiento/ SexoN	úmero del Seguro Social				
Grupo Étnico del paciente: □Hispano o Latino □ No Hispano o Latino					
Raza del paciente: ☐ Indio Nativo de los Estados Unidos ☐Nativo de	Alaska □ Asiático □ Nativo de Hawaii				
☐ Blanco ☐ Isleño del Pacífico ☐ Negro o Afroan	nericano				
Información del contacto de emergencia:					
Nombre	Teléfono				
Relación con el paciente					
Nombre del seguro					
Niño Adicional					
Apellido Nombre	Inicial del segundo nombre				
Dirección (si es diferente a la del padre o tutor legal)					
Ciudad Estado	Código Postal				
Fecha de nacimiento / Sexo N	úmero del Seguro Social				
Grupo Étnico del paciente: □Hispano o Latino □ No Hispano o Latino					
Raza del paciente: □ Indio Nativo de los Estados Unidos □Nativo de	Alaska ☐ Asiático ☐ Nativo de Hawaii				
☐ Blanco ☐ Isleño del Pacífico ☐ Negro o Afroar	mericano				
Información del contacto de emergencia:					
Nombre	Teléfono				
Relación con el paciente					
Nombre del seguro					
Niño Adicional					
ApellidoNombre	Inicial del segundo nombre				
Dirección (si es diferente a la del padre o tutor legal)					
Ciudad Estado					
Fecha de nacimiento / Sexo Número del Seguro Social					
Grupo Étnico del paciente: □Hispano o Latino □ No Hispano o Latino					
Raza del paciente: ☐ Indio Nativo de los Estados Unidos ☐Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Nativo de Hawaii					
☐ Blanco ☐ Isleño del Pacífico ☐ Negro o Afroamericano					
Información del contacto de emergencia:					
NombreTeléfono					
Relación con el paciente					
Nombre del seguro					