

KINDCARE PEDIATRIC CENTER PATIENT REGISTRATION INFORMATION

TODAY'S DATE/ FECHA: _____

PATIENT INFORMATION / INFORMACION DEL PACIENTE

FIRST NAME/ PRIMER NOMBRE: _____ M____ LAST NAME/ APELLIDO: _____

SSN: _____ DATE OF BIRTH / FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEX/ SEXO: FEMALE () MALE ()

ADDRESS/ DIRECCION: _____

CITY/ CIUDAD: _____ STATE/ESTADO: _____ ZIP: _____

HOME TELEPHONE/ TELEFONO DE LA CASA: _____ CELLULAR/ TELEFONO CELULAR: _____

WORK TELEPHONE/ TELEFONO DEL TRABAJO: _____

EMAIL ADDRESS / CORREO ELECTRONICO: _____

PARENT INFORMATION/INFORMACION DEL LOS PADRES

PERSON RESPONSIBLE FOR ACCOUNT / PERSONA RESPONSIBLE POR LA CUENTA : ____MOTHER/MADRE ____FATHER/PADRE ____OTHER /OTRO

MOTHER'S MAIDEN NAME/ NOMBRE DE MADRE- APELLIDO DE SOLTERA: _____

DATE OF BIRTH/ FECHA DE NACIMIENTO: _____ SSN: _____

FATHER'S NAME/ NOMBRE DEL PADRE: _____

DATE OF BIRTH/ FECHA DE NACIMIENTO: _____ SSN: _____

MARRIED ____ DIVORCED ____ SINGLE ____

INSURANCE INFORMATION / INFORMACION DE SEGURO

PROVIDE COPY OF INSURANCE CARDS / PROVEER COPIAS DE TARJETA DE SEGURO

DOES YOUR CHILD HAVE MEDICAID / SU HIJO TIENE MEDICAID: ____YES ____NO

DOES YOUR CHILD HAVE PRIVATE INSURANCE/ SU HIJO TIENE SEGURO PRIVADO: ____YES ____NO IF YES COMPLETE BELOW

PRIMARY INSURANCE:

POLICY HOLDER'S NAME: _____ INSURANCE NAME: _____

POLICY HOLDER'S SSN: _____ POLICY HOLDER ID: _____

POLICY HOLDER DOB: _____

SECONDARY INSURANCE:

POLICY HOLDER'S NAME: _____ INSURANCE NAME: _____

POLICY HOLDER'S SSN: _____ POLICY HOLDER ID: _____

POLICY HOLDER DOB: _____