

WATERS PEDIATRIC CENTER

Patient Registration

PATIENT INFORMATION

Patient Full Name (Nombre del paciente): ____

Date of Birth (Fecha de Nacimiento) ____ Male/Female: ____

SSN (#de SSS) ____

Race (Raza): Caucasian (Blanco) Hispanic (Hispano) Black or African American (Negro o Africo Americano) Other (Otro)

PARENTERAL INFORMATION

****Note: If you are not the patient's biological parent; you must provide proper documentation that you are their legal guardian/ Si usted no es el padre/madre biologico del paciente; debe proveer la documentacion apropiada de que usted tiene la custodia legal del paciente****

Who does the child live with? (Con quien vive el paciente)? ____ Email: ____

Mother's full name (Nombre de la madre complete) ____ DOB: ____

Address (Direccion) ____ Apt.: # (#de apt.): ____

City (Ciudad): ____ State (Estado): ____ Zip Code (codigo postal) ____

Telephone # (# de telefono): 1.) ____ 2.) ____

Father's full name (Nombre del padre complete) ____ DOB: ____

INSURANCE INFORMATION

Primary Insurance Name (Nombre Primario del Seguro): ____

Policy # (numero de Polisa): ____ Group # (Numero de Grupo): ____

Secondary Insurance Name (Nombre Secundario del Seguro): ____

Policy # (numero de Polisa): ____ Group # (Numero de Grupo): ____

***Note: If you have Both Private Ins & Medicaid, by law we are obligated to use the private insurance as primary and Medicaid as secondary. Co-pays, Deductibles, Co-ins are due at time of service and are not covered by Medicaid. (Nota: Si usted tiene los dos seguro privado & Medicaid, por ley estamos obligados a utilizar el seguro privado como primario y Medicaid como secundario. Los co-pagos-, deducibles, co-ins son debido al tiempo de servicio y no estan cubiertos por Medicaid.)

I attest that I am this child's legal guardian and all of the information above is correct and true to the best of my knowledge. I understand Waters Pediatric Centers can not get involved in custody/divorce issues. Both parents have equal rights to access their child's records, appointments, etc. unless stated otherwise by courts.

(Doy fe de que soy guardian legal de este nino y toda la informacion anterior es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que Waters Pediatric Center no puede involucrarse en asuntos de custodia / divorcio. Ambos padres tienen el mismo derecho a acceder a los registros de su hijo, citas, etc. A menos que se indique lo contrario en los tribunales.)

Parent/Legal Guardian (Nombre del Padre o Madre/Guardian Legal): ____

Relationship to Patient (Relacion al Paciente): ____

Signature (Firma): ____ Date (Fecha): ____

**Pharmacy Information:

Name & phone # of Pharmacy (Nombre y Numero dela Farmacia): ____

Address (direccion): ____