

## Outpatient Specialty Centers

**Today's Date:** \_\_\_\_\_  
(Fecha de hoy)

**Patient's name:** \_\_\_\_\_  
(Nombre del paciente)

**DOB:** \_\_\_\_\_  
(Fecha de nacimiento)

**Address:** \_\_\_\_\_  
(Dirección)

**Parent's Name:** \_\_\_\_\_  
(Nombre de los padres)

**Home Phone:** \_\_\_\_\_  
(Teléfono de casa)

**Cell Phone: 1.)** \_\_\_\_\_  
(Celular)

Number

Name

**2.)** \_\_\_\_\_  
Number Name

Number

Name

**E-Mail:** \_\_\_\_\_  
(Correo electrónico)

**Emergency Contact:** \_\_\_\_\_  
(Persona en caso de emergencia)

Number

Name

**PCP/Pediatrician:** \_\_\_\_\_  
(Doctor de cabecera / Pediatra)

**Insurance:** (Please show card)  
(Seguro médico)

**Primary:** \_\_\_\_\_  
(Principal)

**Secondary:** \_\_\_\_\_  
(Segunda)

**Primary Language Spoken at home:** \_\_\_\_\_  
(Idioma principalmente hablado en casa)