



12822 Veterans Memorial Drive
Houston, TX 77014
Tele: (832) 779-3330
Fax: (832) 779-2475
RainbowPediatricsHouston.com

New Patient Registration Form

Today's Date (*Fecha de hoy*): ____/____/____

Patient Last Name (*Apellido de Paciente*): _____

First Name (*Nombre de pila*): _____ Sex (*Sexo*): Male Female

Date of Birth (*Fecha de nacimiento*): ____/____/____ Patient's Cell Phone if teenager: _____
(*Si adolescente, el número de celular de paciente*)

Address (*Dirección*): _____

City (*Ciudad*): _____ State (*Estado*): _____ ZIP (*código postal*): _____

Race (*Raza*): ____ American Indian or Alaska Native ____ Asian ____ Black or African American
____ Native Hawaiian and other Pacific Islander ____ White

Ethnicity (*Etnicidad*): ____ Hispanic ____ Non-Hispanic Preferred Language (*Idioma preferido*): _____

Mother/Guardian Name (*Nombre de la Madre/Tutor Legal*): _____

Mother's DOB (*Fecha de Nacimiento de la Madre*): ____/____/____

Address if different from above (*Dirección si es diferente de arriba*):

City (*Ciudad*): _____ State (*Estado*): _____ ZIP (*código postal*): _____

Email (*Correo electronico*): _____

Home Phone (*Numero de Telefono*): _____ Cell Phone (*Numero de Celular*): _____

Employer (*El empleador*): _____ Work Phone (*Numero de Trabajo*): _____

Father/Guardian Name (*Nombre del Padre/ Tutor Legal*): _____

Father's DOB (*Fecha de Nacimiento del Padre*): ____/____/____

Address if different from above (*Dirección si es diferente de arriba*):

City (*Ciudad*): _____ State (*Estado*): _____ ZIP (*Código postal*): _____

Email (*Correo electronico*): _____

Home Phone (*Numero de Telefono*): _____ Cell Phone (*Numero de Celular*): _____

Employer (*El empleador*): _____ Work Phone (*Numero de Trabajo*): _____

Who does patient live with (please circle)? MOTHER FATHER BOTH GUARDIAN _____

¿Con quién vive el paciente (por favor circule)? MADRE PADRE AMBOS TUTOR LEGAL _____

Sibling Information (Informacion de Hermanos/Hermanas):

Name (Nombre): _____ DOB (Fecha de nacimiento): _____

Name (Nombre): _____ DOB (Fecha de nacimiento): _____

Name (Nombre): _____ DOB (Fecha de nacimiento): _____

Primary Insurance Company (Compañía de seguros primaria): _____

Member ID number (# Miembro): _____ Group Number (# Grupo): _____

Insurance phone number (Numero de telefono del Seguro): _____

Subscriber's name (Nombre del suscriptor): _____

Subscriber's DOB (Fecha de Nacimiento del suscriptor): ____/____/____

Subscriber's relationship to patient (Relación del suscriptor con el paciente): _____

Secondary Insurance Company (Compañía de seguros secundaria): _____

Member ID number (# Miembro): _____ Group Number (# Grupo): _____

Insurance phone number (Numero de telefono del Seguro): _____

Subscriber's name (Nombre del suscriptor): _____

Subscriber's DOB (Fecha de Nacimiento del suscriptor): ____/____/____

Subscriber's relationship to patient (Relación del suscriptor con el paciente): _____

Preferred Pharmacy Name (Nombre de farmacia preferido): _____

Address (Dirección): _____

Phone # (Numero de telefono): _____

Permission to contact you by (check all that apply) Permiso para ponerse en contacto con usted (marque todos los que correspondan):

____ Phone (Telefono) ____ Voicemail (Mensaje de Voz) ____ Text (Mensaje de Texto) ____ Email (Correo electronico)

Parent/Legal Guardian Signature (Firma del padre/tutor legal): _____

Print name (Nombre completo con letra de imprenta): _____

Relationship to Patient (Relación con el paciente): _____ Date (Fecha): ____/____/____