Child's Name:_____Sex M/F DOB: _____ Chart # _____
(Nombre) (Sexo V/H) (Fecha de nacimiento) (# del Recor)

Child lives with: Mother, Father, Grandparent, Other_____ Email Address _____
(Niño/Niña vive con Madre, Padre, Abuela, Otro)
Mother / Guardian Name_____ Address_____
(Madre/Guardian nombre) (Direccion)
SS# _____ Child's SS#_____City,State,Zip_____
(SS # de la madre) (SS # del niño/niña) (Ciudad,Estado, zona postal)
Home PH _____ Work PH _____ Cell PH _____
(Telefono de casa) (telefono de trabajo) (telephone celular)
DOB _____ Occupation _____ Employer _____
(Fecha de nacimiento) (Ocupacion) (Empleo/trabajo)
Marital Status: M / S / D / W/ Sep./ Remarried
(Estado marital: C/ S / D / V/)

Father / Guardian Name_____Address_____
(Padre/Guardian nombre) (Direccion)
SS# _____ City, State, Zip _____
(SS # del padre) (Ciudad,Estado, zona postal)
Home PH _____ Work PH _____ Cell PH _____
(Telefono de casa) (telefono de trabajo) (telephone celular)
DOB _____ Occupation _____ Employer _____
(Fecha de nacimiento) (Ocupacion) (Empleo/trabajo)
Marital status: M / S / D / W/ Sep./ Remarried
(Estado marital: C/ S / D / V/)

In case of emergency please notify:
(En caso de emergencia comunicarse con)
Name: _____ Relationship _____Phone _____
(Nombre) (Relacion) (Telefono)

Other Children: (Otros niños)	DOB (Fecha de nacimiento)	Family Diseases: (Enfermedades en la familia)	Smoking Household (Fuman en la casa) Y / N
_____	_____		
_____	_____		
_____	_____		
_____	_____		
_____	_____		

Office Use Only

PMH Allergies: Hospitalizations, Trauma, Surgeries:

Visitation Summary:

Date	Age	Dx / Rx	Date	Age	Dx/Rx
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Problem List:

Date	Problem
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____