



**Rady Children's Hospital San Diego**  
 3020 Children's Way  
 San Diego, CA. 92123

**PATIENT INFORMATION**

Name: \_\_\_\_\_  
 MR#: \_\_\_\_\_ Finance: \_\_\_\_\_  
 DOB: \_\_\_\_\_  
 MD: \_\_\_\_\_

**Patient Demographic Form**

PATIENT'S INFORMATION			
HAS YOUR CHILD EVER BEEN TO <u>ANY</u> RADY CHILDREN'S HOSPITAL FACILITY/CLINIC/CARE TEAM? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			
PATIENT'S LEGAL NAME (LAST, FIRST MIDDLE)		PREFERRED NAME/NICKNAME	
DATE OF BIRTH	SEX (LEGAL)	PREFERRED GENDER	SOCIAL SECURITY #
STREET ADDRESS			APT
CITY	STATE	COUNTRY	ZIP CODE
HOME PHONE NUMBER	E-MAIL ADDRESS		
MARITAL STATUS	ETHNICITY	RACE	
BIRTH HOSPITAL	PREFERRED LANGUAGE		
PRIMARY CARE PHYSICIAN (PCP) OR CLINIC NAME		PCP PHONE NUMBER	
PREFERRED PHARMACY (NAME AND ADDRESS OF PHARMACY)			

PRIMARY CONTACT INFORMATION <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Parent 1 <input type="checkbox"/> Step Parent <input type="checkbox"/> Legal Guardian (Check one)			
LEGAL NAME	SOCIAL SECURITY #	DATE OF BIRTH	
STREET ADDRESS	CITY	STATE	ZIP CODE
HOME PHONE NUMBER	WORK PHONE	MOBILE PHONE	
EMPLOYER NAME, ADDRESS AND PHONE NUMBER		OCCUPATION	

SECONDARY CONTACT INFORMATION <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Parent 2 <input type="checkbox"/> Step Parent <input type="checkbox"/> Legal Guardian (Check one)			
LEGAL NAME	SOCIAL SECURITY #	DATE OF BIRTH	
STREET ADDRESS	CITY	STATE	ZIP CODE
HOME PHONE NUMBER	WORK PHONE	MOBILE PHONE	
EMPLOYER NAME, ADDRESS		OCCUPATION	

EMERGENCY CONTACT INFORMATION - LIST ONE ADDITIONAL CONTACT WHO LIVES OUTSIDE THE PATIENT'S HOME			
CONTACT NAME	PHONE NUMBER	RELATION TO PATIENT	
STREET ADDRESS	CITY	STATE	ZIP CODE

INSURANCE INFORMATION	
COVERAGE NAME	SUBSCRIBER NAME
ADDITIONAL COVERAGE NAME	SUBSCRIBER NAME

SIGNATURE		
I CERTIFY THAT ALL INFORMATION PROVIDED ABOVE IS TRUE, ACCURATE, AND CORRECT TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE AND BELIEF.		
SIGNATURE	RELATION TO PATIENT	DATE



**Rady Children's Hospital San Diego**  
 3020 Children's Way  
 San Diego, CA. 92123

**PATIENT INFORMATION**

Name: \_\_\_\_\_  
 MR#: \_\_\_\_\_ Finance: \_\_\_\_\_  
 DOB: \_\_\_\_\_  
 MD: \_\_\_\_\_

INFORMACION DEL PACIENTE			
¿HA ESTADO SU NIÑO (A) EN ALGUNA LOCALIDAD DEL CHILDREN'S HOSPITAL (CLINICA/SATÉLITE)? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, NOMBRE)		NOMBRE DE PREFERENCIA	
FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	GENERO PREFERIDO	NUMERO DE SEGURO SOCIAL DEL PACIENTE
DOMICILIO			NÚMERO DE APARTAMENTO
CIUDAD	ESTADO	PAIS	CODIGO POSTAL
TELEFONO DE CASA	CORREO ELECTRONICO		
ESTADO CIVIL	ETNICIDAD	RAZA	
HOSPITAL DE NACIMIENTO DEL PACIENTE		LENGUAJE PRIMARIO	
NOMBRE DEL DOCTOR PRIMARIO		NUMERO DE TELEFONO DEL DOCTOR PRIMARIO	
FARMACIA PREFERIDA (NOMBRE Y DIRECCION DE FARMACIA)			

INFORMACION DE LOS PADRES			
NOMBRE LEGAL (APELLIDO, NOMBRE)		FECHA DE NACIMIENTO	NUMERO DE SEGURO SOCIAL
DOMICILIO	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
TELEFONO DE CASA	TELEFONO DEL TRABAJO	TELEFONO CELULAR	
NOMBRE DEL EMPLEADOR, DIRECCION Y TELEFONO		OCUPACION	

INFORMACION DE LOS PADRES			
NOMBRE LEGAL (APELLIDO, NOMBRE)		FECHA DE NACIMIENTO	NUMERO DE SEGURO SOCIAL
DOMICILIO	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
TELEFONO DE CASA	TELEFONO DEL TRABAJO	TELEFONO CELULAR	
NOMBRE DEL EMPLEADOR, DIRECCION Y TELEFONO		OCUPACION	

CONTACTO DE EMERGENCIA - LISTE A UNA PERSONA CERCANA QUE NO VIVA CON EL PACIENTE			
NOMBRE		TELEFONO	RELACION CON EL PACIENTE
DOMICILIO	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL

INFORMACION DE ASEGURANZA	
NOMBRE DE LA ASEGURANZA	NOMBRE DEL SUSCRIPTOR DE LA ASEGURANZA
NOMBRE DE COBERTURA ADICIONAL	NOMBRE DEL SUSCRIPTOR DE LA ASEGURANZA

FIRMA		
CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACION PROPORCIONADA ARRIBA ES VERDADERA, PRECISA Y CORRECTA A MI MEJOR SABER Y ENTENDER.		
FIRMA	PARENTESCO CON EL PACIENTE	FECHA