MEMORIALCARE®
LONG BEACH MEMORIAL MEDICAL CENTER
MILLER CHILDREN'S HOSPITAL

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**

E-Mail: _____
(Correo electronico)

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