



Bear Creek Pediatric Clinic

Cy Fair Pediatric Clinic

Shobhana Kamdar, M.D.

Pediatrician

Patient Registration Form

Bear Creek Pediatric Clinic
4654 Highway 6 North Suite 307
Houston Texas 77084
Phone: 281-463-9339
Fax: 281-861-4594

Cy Fair Pediatric Clinic
11307 Farms to Market 1960 Rd W
Suite 130
Houston, Texas 77065
Phone: 281-469-9955
Fax: 832-912-4083

Patient Information

Patient Full Name: _____ Date Of Birth: _____

Patient Full Name: _____ Date Of Birth: _____

Patient Full Name: _____ Date Of Birth: _____

M / F Race: American Indian or Native American Native Hawaiian or Pacific Islander
 White Asian Black or African American Other Race

Primary Language: English Spanish Other: _____

Person Responsible for Bill: _____ Medicaid Chip

Insurance: _____ ID#: _____ Group: _____

Parent Information

Father

Name: _____

Date of Birth: _____

Address: _____

City, State, & ZIP: _____

Home Phone: _____

Email: _____

SS#: _____

Driver License #: _____

Employer: _____

Address: _____

Work Phone: _____

Position: _____

Mother

Name: _____

Date of Birth: _____

Address: _____

City, State, & ZIP: _____

Home Phone: _____

Email: _____

SS#: _____

Driver License #: _____

Employer: _____

Address: _____

Work Phone: _____

Position: _____

Emergency Contact

Name: _____ Relation to Patient: _____

Address: _____ City: _____ State: _____ ZIP: _____

Home Phone: _____ Cell Phone: _____

Nearest Relative (not living with patient): _____

Relation to Patient: _____ Address: _____ City: _____

State: _____ ZIP: _____ Home Phone: _____ Cell Phone: _____

I _____ (Parent/ Legal Guardian) give my permission to Bear Creek / Cy Fair Pediatric Clinic to treat _____ (Patient). I also give permission to treat the patient in case of an emergency when I (Parent/ Legal Guardian) cannot be reached. Every attempt will be made to reach the Parent / Legal Guardian and only emergency procedures of a life threatening nature will be managed.

Signature _____ Date _____



Bear Creek Pediatric Clinic

Cy Fair Pediatric Clinic

Shobhana Kamdar, M.D.

Pediatra

Bear Creek Pediatric Clinic
4654 Highway 6 North Suite 307
Houston Texas 77084
Telefono: 281-463-9339
Fax: 281-861-4594

Cy Fair Pediatric Clinic
11307 Farms to Market 1960 Rd W
Suite 130
Houston, Texas 77065
Telefono: 281-469-9955
Fax: 832-912-4083

Form De Registro para Paciente Nuevo

Información del paciente

Nombre completo de Paciente: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Nombre completo de Paciente: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Nombre completo de Paciente: _____ Fecha De Nacimiento: _____

M / H Raza: Indio americano o nativo americano nativo hawaiano o isleño del Pacífico,
 blanco asiático negro o americano africano otras raza

Lenguaje Primario: Ingles Espanol Otro: _____

Persona Responsable Por Cuenta: _____ Medicaid Chip

Aseguranza: _____ ID#: _____ Grupo: _____

Informacion De Los Padres

Padre

Nombre: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Domicillio: _____

Ciudad, Estado, & Codigo Postal: _____

Telefono: _____

Correo Electronico: _____

SS#: _____

Licencia De Conducir: _____

Empleador: _____

Domicilio: _____

Telefono de trabajo: _____

Posicion: _____

Madre

Nombre: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Domicillio: _____

Ciudad, Estado, & Codigo Postal: _____

Telefono: _____

Correo Electronico: _____

SS#: _____

Licencia De Conducir: _____

Empleador: _____

Domicilio: _____

Telefono de trabajo: _____

Posicion: _____

Contacto de emergencia

Nombre: _____ relación con paciente: _____

Dirección: _____ ciudad, estado, Codigo Postal: _____

teléfono celular: _____

Más cercano de pariente (no viven con el paciente): _____

Yo ___ (Padre / Tutor Legal) doy mi permiso a Bear Creek / Cy Fair clínica pediátrica para el tratamiento de ___ (Paciente). También doy permiso para tratar al paciente en caso de una emergencia cuando mi (Padre / Tutor Legal) no puede llegar. Cada intento se hará llegar a los padres / tutor Legal y procedimientos de emergencia sólo de una naturaleza mortal se gestionará.

Firma _____

fecha ___ ___

