

Memorial Hermann Health System  
Health Centers for Schools  
PATIENT REGISTRATION

Date completed: \_\_\_\_\_  
Name: (Last) \_\_\_\_\_ (First) \_\_\_\_\_ (Middle) \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_  
Birth Date: \_\_\_\_\_ Birth Gender:  Male  Female  Other: \_\_\_\_\_  
School: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_ Student ID#: \_\_\_\_\_  
Primary language spoken at home: \_\_\_\_\_  
Race:  Asian/Pacific Islander  African American  Caucasian  Hispanic  Native American  Other: \_\_\_\_\_

**HEALTH INSURANCE INFORMATION.**

Primary Insurance:  Medicaid  CHIP  Private Insurance  Harris Health (Gold Card)  No Insurance  
If Medicaid/CHIP, Policy #: \_\_\_\_\_ Plan Name: \_\_\_\_\_  
If Private Insurance, Plan Name: \_\_\_\_\_  
Does your child qualify for free or reduced lunch at school?  YES  NO  
When was your child's last well exam or check-up? \_\_\_\_\_

**PERSON RESPONSIBLE FOR THE PATIENT.**

Relationship: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
Name: (Last) \_\_\_\_\_ (First) \_\_\_\_\_ (Middle) \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_  
Day Phone #: \_\_\_\_\_ Alternate Day Phone #: \_\_\_\_\_

**EMERGENCY CONTACT INFORMATION (To be contacted if parent/guardian cannot be reached).**

Relationship: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
Name: (Last) \_\_\_\_\_ (First) \_\_\_\_\_ (Middle) \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_  
Day Phone #: \_\_\_\_\_ Alternate Day Phone #: \_\_\_\_\_

By electronically signing this document, I acknowledge that, for all purposes herein, my electronic signature shall be deemed the same as my original signature. As the parent/legal guardian and having authority to sign the above document, I acknowledge that I have read the document, the information provided is accurate to the best of my knowledge, and any questions I have, have been answered to my satisfaction.

Parent / Guardian Signature \_\_\_\_\_ Print Name \_\_\_\_\_ Relationship to patient \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_

AM  
 PM

MEMORIAL  
HERMANN

Health Centers for Schools Patient  
Registration Form



**Memorial Hermann Health System**  
**Centros de salud para las escuelas**  
**REGISTRO DEL PACIENTE**

Fecha de finalización: \_\_\_\_\_  
Nombre: (Apellido) \_\_\_\_\_ (Primer nombre) \_\_\_\_\_ (Segundo nombre) \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo al nacer:  Masculino  Femenino  Otro: \_\_\_\_\_  
Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ N.º de ID del estudiante: \_\_\_\_\_  
Idioma principal hablado en casa: \_\_\_\_\_  
Raza:  Asiática o de las islas del Pacífico  Afroamericana  Caucásica  Hispanoamericana  
 Nativo Americano  Otra: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DE SALUD**

Seguro principal:  Medicaid  CHIP  Seguro privado  Harris Health (Tarjeta dorada)  Sin seguro  
Si cuenta con Medicaid/CHIP, indique el n.º de póliza: \_\_\_\_\_ Nombre del plan: \_\_\_\_\_  
Si cuenta con un seguro privado, indique el nombre del plan: \_\_\_\_\_  
¿Su hijo califica para recibir almuerzo gratuito o con descuento en la escuela?  SÍ  NO  
¿Cuándo fue la última vez que su hijo se sometió a un examen de niño sano o una revisión? \_\_\_\_\_

**PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE**

Relación: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Nombre: (Apellido) \_\_\_\_\_ (Primer nombre) \_\_\_\_\_ (Segundo nombre) \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
N.º de teléfono de contacto durante el día: \_\_\_\_\_  
N.º de teléfono de contacto durante el día alternativo: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA (para comunicarse en caso de que no se pueda ubicar al padre, madre o tutor)**

Relación: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Nombre: (Apellido) \_\_\_\_\_ (Primer nombre) \_\_\_\_\_ (Segundo nombre) \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
N.º de teléfono de contacto durante el día: \_\_\_\_\_  
N.º de teléfono de contacto durante el día alternativo: \_\_\_\_\_

Mediante mi firma electrónica en este documento, reconozco que, para todos los fines que se indican en él, mi firma electrónica se considerará como equivalente a mi firma original. Como padre, madre o tutor legal autorizado para firmar el documento anterior, reconozco que he leído el documento, que la información proporcionada es exacta a mi saber y entender, y que estoy satisfecho con las respuestas que se dieron a mis preguntas.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

**MEMORIAL  
HERMANN**

Health Centers for Schools Patient  
Registration Form

