



2713 Dantzler Drive
North Charleston, SC 29406
Office: (843) 764-1722
Fax: (843) 764-1788

748 Orangeburg Road
Summerville, SC 29483
Office: (843) 832-8606
Fax: (843) 285-7272

Patient Registration

Registro del Paciente

Child's Name: _____ MI: _____ Last: _____ Sex: M / F
Primer Nombre del Niño(a) Inicial Apellido Sexo

Address: _____ City: _____
Direccion Ciudad

State: _____ Zip: _____ Child's Social Security #: _____ Date of Birth: _____
Estado Codigo Postal Seguro Social del Niño(a) Fecha de Nacimiento

Sibling Name & Age: _____ Sibling Name & Age: _____
Hermano(a) y Edad Hermano(a) y Edad

Sibling Name & Age: _____ Sibling Name & Age: _____
Hermano(a) y Edad Hermano(a) y Edad

Responsible Party/ Parent

Persona Responsable/Padres

Parent Name: _____ Relation to Patient: _____
Nombre de la Madre Relacion con el Paciente

Social Security #: _____ Date of Birth: _____ Mobile Telephone: _____
Numero de Seguro Social Fecha de Nacimiento Telefono Movil

Parent Name: _____ Relation to Patient: _____
Nombre del Padre Relacion con el Paciente

Social Security# _____ Date of Birth: _____ Mobile Telephone: _____
Numero de Seguro Social Fecha de Nacimiento Telefono Movil

Home Telephone: _____ Email Address: _____
Telefono de Casa Direccion de Correo Electronico

Employer: _____ Work Telephone: _____
Empleador Telefono del Trabajo

Who else has your permission to bring the child to Sweetgrass Pediatrics and can authorize treatment?

Quien tiene su permiso llevar al niño(a) a Sweetgrass Pediatrics y puede autorizar el tratamiento?

Name: _____ Contact Telephone(s): _____ Relation to Patient: _____
Nombre Numero de Contacto Relacion con el Paciente

Name: _____ Contact Telephone(s): _____ Relation to Patient: _____
Nombre Numero de Contacto Relacion con el Paciente

Insurance Information
Informacion de Seguro de Salud

Primary PolicyHolder: _____
Nombre del Asegurado Principal

Primary Insurance Carrier: _____ Policy #: _____
Seguro Principal Numero de Poliza

Secondary Insurance Carrier: _____ Policy #: _____
Seguro Secundario Numero de Poliza

I authorize treatment by Sweetgrass Pediatrics, LLC and agree to be responsible for the cost of the services provided by Sweetgrass Pediatrics, LLC.

Autorizo el tratamiento por Sweetgrass Pediatrics, LLC y estoy de acuerdo ser responsable del costo de los servicios prestados por Sweetgrass Pediatrics, LLC.

Signature: _____ **Date:** _____
Firma **Fecha**