



DATE _____

FECHA | DAT

MI

NOMBRE	PRE	NON
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		
41		
42		
43		
44		
45		
46		
47		
48		
49		
50		
51		
52		
53		
54		
55		
56		
57		
58		
59		
60		
61		
62		
63		
64		
65		
66		
67		
68		
69		
70		
71		
72		
73		
74		
75		
76		
77		
78		
79		
80		
81		
82		
83		
84		
85		
86		
87		
88		
89		
90		
91		
92		
93		
94		
95		
96		
97		
98		
99		
100		

SEX: M F

FECHA DE NACIMIENTO | DAT NESANS

SEXO | SÈKS

PHONE

TELEFONO | TELEFÒN

ZIP CODE

ESTADO | ETA

CODIGO POSTAL | KÒD POSTAL

RACE

RAZA | RAS

MEDICAID #

TRABAJO | AMPLWAYE

INGRESO | ENKOM

SOLO PARA LOS NIÑOS QUE NECESITAN VACUNAS

PERSONA CON EL NIÑO AQUÍ HOY	MADRE	PADRE	GUARDIAN LEGAL	OTRAS
------------------------------	-------	-------	----------------	-------

PARENT/GUARDIAN INFORMATION (FOR CHILDREN'S REGISTRATION ONLY)

DATE OF BIRTH

NOMBRE DE PADRE | NON PAPA

FECHA DE NACIMIENTO | DAT NESANS

DATE OF BIRTH

NOMBRE DE LA MADRE | NON MANMAN

FECHA DE NACIMIENTO | DAT NESANS

FAMILY MEMBERS (LIVING IN HOUSEHOLD) (IF YOU ARE BRINGING MORE THAN ONE CHILD, PLEASE LIST BELOW)

INFORMACION SOBRE FAMILIA (QUE VIVEN CON USTED) (SI USTED TRAE MAS DE UN NINO POR FAVOR ESCRIBA SUS NOMBRES AQUI)

EKRI NON FANMI KI ABITE AVE-W

[illegible]

