

**Parte-1: INFORMACION DEL CLIENTE**

<b>Apellido</b>	<b>Primer Nombre</b>	<b>Segundo Nombre</b>	<b>Sufijo</b>
<b>Fecha de Nacimiento:</b> (mm/dd/aaaa)	<b>Idioma (✓):</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Criollo <input type="checkbox"/> Otro-a (Especifique)	<b>Sexo (✓):</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgenero - Sexo en el nacimiento: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
<b>Correo electrónico:</b>	<b>Pais de Nacimiento (✓):</b> <input type="checkbox"/> Estados Unidos <input type="checkbox"/> Otro-a (Especifique): La fecha que llego/entro a los Estados Unidos:		
<b>Raza: Cheque ✓ todas las categorías raciales que aplican:</b> <input type="checkbox"/> Negro-a Americano-a Africano-a <input type="checkbox"/> Blanco-a <input type="checkbox"/> Indio-a Americano-a/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático-a <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Otro Isleños del Pacifico <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Guameña o Charmorro <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Corean <input type="checkbox"/> Samoano			
<b>Hispano?:</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, seleccionar una <input type="checkbox"/> Mexicana o Mexicano-Americano o Chicano/a <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Otro Hispano o Latino/a de origen Español			
<b>Al nacer, Fue usted un solo bebe?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si Respondio No, es usted: <input type="checkbox"/> Gemelo/a <input type="checkbox"/> Triplete <input type="checkbox"/> Otro-a (Especifique)		Cuando Nacio: <input type="checkbox"/> Primero <input type="checkbox"/> Segundo <input type="checkbox"/> Otro-a (Especifique)
<b>Dirección donde vive:</b>	<b>Estado:</b> FL	<b>Código Postal:</b>	<b>Apt#</b>
<b>Ciudad:</b>			
<b>Dirección donde recibe correspondencia</b> (Si es diferente a donde vive):	<b>Estado:</b> FL	<b>Código Postal:</b>	<b>Apt#</b>
<b>Ciudad:</b>			
<b>Dirección alterno para comunicaciones de salud:</b>	<b>Estado:</b> FL	<b>Código Postal:</b>	<b>Apt#</b>
<b>Ciudad:</b>			

**Cheque (✓) Uno como su Contacto Principal:**

Número Celular:

Teléfono de Casa#:

Teléfono del Trabajo#:

Número de Fax:

Teléfono Alterno#:

**Parte-2: CONTACTO DE EMERGENCIA**

<b>Primer Nombre:</b>	<b>Apellido:</b>
<b>Teléfono#</b> <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo	<b>Relación:</b>

**YO CERTIFICO QUE LA INFORMACION ARRIBA MENCIONADA ES CORRECTA. YO DOY MI CONSENTIMIENTO AL DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE PALM BEACH, PARA VERIFICAR LA INFORMACION ADQUIRIDA.**

Firma del Cliente, Padre, Guardian: \_\_\_\_\_  Cliente  Padre  Guardian Fecha: \_\_\_\_\_

**PBCHD Official Use Only: Registered by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_**

**Facility:**  Belle Glade  Centering Program  Delray  Jupiter  Lantana/LW  Northeast  WPB

**DOH-PBC Special Event Registration Form For: \_\_\_\_\_**

**To be filed under eligibility**

**Part-1: Client Information**

<b>Last Name</b>	<b>First Name</b>	<b>Middle Name</b>	<b>Suffix</b>
<b>Date of Birth:</b> (mm/dd/yyyy)	<b>Language (✓):</b> <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Creole <input type="checkbox"/> Other (Specify):	<b>Gender (✓):</b> <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Transgender-Gender at birth: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
<b>Email:</b>	<b>Country of Birth (✓):</b> <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Other (Specify):		<b>Date to USA:</b>
<b>Race: Check (✓) all racial categories that apply:</b> <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Native Hawaiian <input type="checkbox"/> Other Pacific Islander <input type="checkbox"/> Japanese <input type="checkbox"/> Chinese <input type="checkbox"/> Guamanian or Charmorro <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> Korean <input type="checkbox"/> Samoan			
<b>Hispanic?</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, select one <input type="checkbox"/> Mexican or Mexican American or Chicano/a <input type="checkbox"/> Puerto Rican <input type="checkbox"/> Cuban <input type="checkbox"/> Another Hispanic or Latino/a or Spanish origin			
<b>Were you a single birth?</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	If NO, are you a: <input type="checkbox"/> Twin <input type="checkbox"/> Triplets <input type="checkbox"/> Other (Specify):	<b>Were you born?</b> <input type="checkbox"/> First <input type="checkbox"/> Second <input type="checkbox"/> Other (Specify):	
<b>Living Address:</b>	<b>City:</b>	<b>State:</b> FL	<b>Zip Code:</b>
<b>Mailing Address:</b> (If different from where you live)	<b>City:</b>	<b>State:</b> FL	<b>Zip Code:</b>
<b>Alternate Address for Health Care Communications:</b>	<b>City:</b>	<b>State:</b> FL	<b>Zip Code:</b>
		<b>Apt#</b>	<b>Check (✓) One as your Primary Contact:</b> <input type="checkbox"/> Cell Phone#: <input type="checkbox"/> Home Phone#: <input type="checkbox"/> Work Phone#: <input type="checkbox"/> Fax Phone#: <input type="checkbox"/> Alternate Phone#:

**Part-2: Emergency Contact**

<b>First Name:</b>	<b>Last Name:</b>
<b>Phone #</b> <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work	<b>Relationship:</b>

**I CERTIFY THAT THE ABOVE INFORMATION IS CORRECT TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE. I GIVE MY CONSENT TO THE PALM BEACH COUNTY HEALTH DEPARTMENT, TO VERIFY THE INFORMATION PROVIDED.**

**Client/Parent/Guardian Signature:** \_\_\_\_\_  Client  Parent  Guardian **Date:** \_\_\_\_\_

**PBCHD Official Use Only: Registered by:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Facility:**  Belle Glade  Centering Program  Delray  Jupiter  Lantana/LW  Northeast  WPB