



FLORIDA HEALTH
IN MIAMI-DADE COUNTY
PEDIATRIC DEMOGRAPHIC FORM
WEB LOCATION

HMS LABEL

Arrival
Time

Appt.
time

Walk-in
Time

New
client Y-N

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

STATE IMM ID #

Last Name:

Apellido:

Siyati:

First Name:

Primer Nombre:

Non:

Middle Name:

Segundo Nombre:

Lot Non:

Sex: Male or Female

Sexo: Masculino o Femenino

Sèks: Gason oswa Fi

M

F

Race: Black/ White/Other

Raza: Negro/ Blanco/Otro

Ras: Nwa / Blan / Lòt

B
Negro
Nwa

W
Blanco
Blan

Other:
lòt
otro

Date of birth:

Fecha de nacimiento:

Dat li fèt

MONTH

DAY

YEAR

Home Address:

Direccion de su casa:

Adrès Kay ou:

Apartment Number:

Numero de apartamento:

Nimewo apatman an:

City:

Ciudad:

Vil:

State:

Estado:

Eta:

Zip Code:

Codigo postal:

Kòd Postal:

Telephone:

Telefono:

Nimewo telefòn:

Country of birth:

Pais de nacimiento:

Peyi nesans:

Language:

Idioma:

Lang:

Mailing Address if different than Home Address:

Direccion de correo si es que es diferente a la de su casa:

Adrès Postal si li diferan pase Adrès Kay ou:

Email Address:

Correo Electronico:

Email Adres:

Does the client have any allergies? If so, specify:

El cliente tiene algún tipo de alergia? Si es así, especifique:

Kliyan an gen alèji? Si se konsa, endike:

Have the client had any vaccines within the last 4 weeks?

El cliente ha recibido alguna vaccin en las ultimas 4 semanas? :

Eske kliyan te pran vaksen nan 4 semen ki sot pase yo?:

What is your relationship with the client:

Cuál es su relación con el cliente:

Ki relasyon w ak kliyan an:

Mother:

Madre:

Manman:

Father:

Padre:

Papa:

Guardian:

Guardian:

Gadyen:

Myself:

Yo mismo:

tèt mwen

Parent or Guardian name:

Nombre de Padre o Madre o Guardian:

Paran oswa gadyen legal Non:

FOR OFFICE USE ONLY

Do you have Vaccine records?

Tiene historia de inmunizacion?

Kat vaksen?

Y N

680/History
Form

Physical Exam PPD
was done?

Y N

New arrival from
another country

Y N

COMMENT:

Q-FLOW