



OBSTETRICAL PRE-ADMISSION

산과(産科) 입원준비 신청서

출산 예정일 \_\_\_\_\_ 마지막 생리 주기 \_\_\_\_\_
산과 의사 이름 \_\_\_\_\_ 주치의 이름 \_\_\_\_\_
소아과 의사 이름 \_\_\_\_\_

환자 정보
PIH Health 내원 경험 [ ]예 [ ]아니오 내원시 등록 이름 \_\_\_\_\_
법적 이름 \_\_\_\_\_ 성 \_\_\_\_\_ 이름 \_\_\_\_\_ 가운데 이름 \_\_\_\_\_
주소: \_\_\_\_\_ 호수, 동, 번지 \_\_\_\_\_ 시 \_\_\_\_\_ 주 \_\_\_\_\_ 우편번호 \_\_\_\_\_
전화번호 \_\_\_\_\_ 모바일 \_\_\_\_\_
생년월일 \_\_\_\_\_ 사회보장번호(SSN) \_\_\_\_\_ 이메일 \_\_\_\_\_
기본 사용 언어 \_\_\_\_\_ 종교 \_\_\_\_\_
혼인 관계 [ ]미혼 [ ]기혼 [ ]사별 [ ]이혼 [ ]별거
혼인전 성(姓) \_\_\_\_\_ 민족 \_\_\_\_\_ 인종 \_\_\_\_\_

긴급 연락처
이름: \_\_\_\_\_ 관계 \_\_\_\_\_
전화번호 \_\_\_\_\_ 모바일 \_\_\_\_\_

주(1 차) 보험 귀하의 보험 카드나 캘리포니아주 보험 카드(Medi-Cal)의 사본을 첨부하세요
(하나를 선택하세요) [ ]본인 [ ]배우자 [ ]부모 [ ]기타 \_\_\_\_\_
이름: \_\_\_\_\_ 성 \_\_\_\_\_ 이름 \_\_\_\_\_ 가운데 이름 \_\_\_\_\_ 전화번호 \_\_\_\_\_
연락가능 전화번호 \_\_\_\_\_
주소: \_\_\_\_\_ 호수, 동, 번지 \_\_\_\_\_ 시 \_\_\_\_\_ 주 \_\_\_\_\_ 우편번호 \_\_\_\_\_
생년월일 \_\_\_\_\_ 사회보장번호 (SSN) \_\_\_\_\_
주(1 차) 보험사 명 \_\_\_\_\_
보험 종류 \_\_\_\_\_ 단체 \_\_\_\_\_
단체 보험의 경우, 고용주 이름 \_\_\_\_\_
확인용 전화번호 \_\_\_\_\_

부(2 차) 보험
(하나를 선택하세요) [ ]본인 [ ]배우자 [ ]부모 [ ]기타 \_\_\_\_\_
이름: \_\_\_\_\_ 성 \_\_\_\_\_ 이름 \_\_\_\_\_ 가운데 이름 \_\_\_\_\_ 전화번호 \_\_\_\_\_
연락가능 전화번호 \_\_\_\_\_
주소: \_\_\_\_\_ 호수, 동, 번지 \_\_\_\_\_ 시 \_\_\_\_\_ 주 \_\_\_\_\_ 우편번호 \_\_\_\_\_
생년월일 \_\_\_\_\_ 사회보장번호 (SSN) \_\_\_\_\_
부(2 차) 보험사 명 \_\_\_\_\_
보험 종류 \_\_\_\_\_ 단체 \_\_\_\_\_
단체 보험의 경우, 고용주 이름 \_\_\_\_\_
확인용 전화번호 \_\_\_\_\_

NOT PART OF THE MEDICAL RECORD

RETURN TO REGISTRATION