



OBSTETRICAL PRE-ADMISSION

PREADMISION A OBSTETRIA

Fecha del Parto \_\_\_\_\_ Último Periodo Menstrual \_\_\_\_\_
Su Obstetra \_\_\_\_\_ Su Médico Primario \_\_\_\_\_
El Médico de su Bebé \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

Visitas Anteriores a PIH Health [ ] Si [ ] No Nombre Anterior \_\_\_\_\_
Nombre Legal \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_
Domicilio \_\_\_\_\_ Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_
Teléfono Principal \_\_\_\_\_ Teléfono de su Trabajo \_\_\_\_\_
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_
Idioma Principal \_\_\_\_\_ Religión \_\_\_\_\_
Estado Civil [ ] Soltera [ ] Casada [ ] Viuda [ ] Divorciada [ ] Separada
Apellido de Soltera \_\_\_\_\_ Etnicidad \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_
Teléfono Principal \_\_\_\_\_ Teléfono Secundario \_\_\_\_\_ Teléfono de su Trabajo \_\_\_\_\_

ASEGURANZA PRIMARIA Por favor adjunte una copia de la tarjeta de seguro o tarjeta Medi-Cal

(Por Favor Marque Uno) [ ] Si Misma [ ] Esposo [ ] Padres [ ] Otro \_\_\_\_\_
Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_
Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono Principal \_\_\_\_\_
Domicilio \_\_\_\_\_ Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_
Nombre de la Compania de Seguro Primaria \_\_\_\_\_
Póliza # \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_
Si Es Seguro En Grupo, Nombre Del Empleador \_\_\_\_\_
Números De Teléfono Para Verificar El Seguro \_\_\_\_\_

ASEGURANZA SECUNDARIA

(Por Favor Marque Uno) [ ] Si Misma [ ] Esposo [ ] Padres [ ] Otro \_\_\_\_\_
Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_
Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono Principal \_\_\_\_\_
Domicilio \_\_\_\_\_ Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_
Nombre de la Compania de Seguro Secundaria \_\_\_\_\_
Póliza # \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_
Si Es Seguro En Grupo, Nombre Del Empleador \_\_\_\_\_
Números De Teléfono Para Verificar El Seguro \_\_\_\_\_

NOT PART OF THE MEDICAL RECORD

RETURN TO REGISTRATION