

Pre-Admitting Form

Confidential

Please complete this pre-registration form and return it to:

St. John's Regional Medical Center
c/o Admitting Department
1600 N. Rose Avenue, Oxnard, CA 93030



| Date of Admission/Due Date | | Obstetrician | | Primary Care Physician | | Diagnosis | |
|---|--|---|--|--|--|---|--|
| Admission Type: Maternity | | Expected Due Date: | | Type of Delivery | | Work Related Injury | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Cesarean Delivery <input type="checkbox"/> Vaginal Delivery | | <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No | |
| Do you have an Advance Healthcare Directive? | | | | Advantage Member | | | |
| <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | | | | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | | | |
| Patient Information | | | | | | | |
| Name | | Last | | First | | Middle Initial | |
| | | | | | | Maiden | |
| Address | | Street | | City | | State | |
| | | | | | | Zip | |
| Home Phone | | E-mail | | Social Security # | | Driver's License # | |
| | | | | | | State | |
| Marital Status | | <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Widowed <input type="checkbox"/> Divorced | | Date of Birth | | Birth State | |
| | | | | | | Sex | |
| | | | | | | Race | |
| Occupation | | Employer | | Employment Date | | Religion | |
| <input type="checkbox"/> Full Time <input type="checkbox"/> Part Time | | Business Phone | | Home Phone | | | |
| Address | | Street | | City | | State | |
| | | | | | | Zip | |
| Insurance Information | | | | | | | |
| Medicare # (if applicable) | | Part A (Hospital) | | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | | Part B (Doctor) | |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | |
| PRIMARY | | | | SECONDARY | | | |
| Insurance Company | | | | Insurance Company | | | |
| Address | | | | Address | | | |
| Insurance Phone # | | | | Insurance Phone # | | | |
| Subscriber Name/Relationship to Patient | | | | Subscriber Name/Relationship to Patient | | | |
| Sex | | Date of Birth | | Employer | | Sex | |
| | | | | | | Date of Birth | |
| | | | | | | Employer | |
| Group # | | Policy # | | Group # | | Policy # | |
| Subscriber ID # | | We also require a copy of your insurance card | | Subscriber ID # | | We also require a copy of your insurance card | |
| Emergency Notification | | | | | | | |
| In case of emergency, notify: | | | | | | | |
| Name | | Relationship | | Home Phone | | Work Phone | |
| | | | | | | | |
| Address | | Street | | City | | State | |
| | | | | | | Zip | |
| Name of nearest friend/relative (not living with patient) | | | | | | | |
| Address | | Street | | City | | State | |
| | | | | | | Zip | |
| Relationship | | Home Phone | | Work Phone | | | |
| | | | | | | | |
| Responsible Party's Information | | | | | | | |
| Name | | Last | | First | | Middle Initial | |
| | | | | | | | |
| Address | | Street | | City | | State | |
| | | | | | | Zip | |
| Phone | | Social Security # | | Name of Spouse | | | |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> Full Time <input type="checkbox"/> Part Time | |
| Responsible Party's Employer | | Business Phone | | Employment Date | | | |
| | | | | | | | |
| Address | | Street | | City | | State | |
| | | | | | | Zip | |

All insurance identification cards and/or Medi-Cal cards will be required at time of admission or pre-admission.

Have you previously been treated at St. John's Regional Medical Center or St. John's Pleasant Valley Hospital? Yes No

Is this your assigned hospital? Yes No If not, would you like it to be? Yes No

Your new baby will need a doctor, too. Would you like a listing of the quality pediatricians close to your home? Yes No

Please indicate the name of your baby's doctor: _____

PLEASE MAIL THIS FORM PRIOR TO YOUR EXPECTED DELIVERY DATE.

Formulario de Preingreso

Confidencial

Por favor complete este formulario de preingreso y devuélvalo a:

St. John's Regional Medical Center
c/o Admitting Department
1600 N. Rose Avenue, Oxnard, CA 93030



| | | | | | |
|--|--------------------------|---|---|---|--|
| Fecha de Ingreso / Fecha anticipada del parto | | Obstetra | Médico de atención primaria | | Diagnosis |
| Tipo de ingreso: Maternidad | Fecha de parto esperada: | Tipo de Parto | | <input type="checkbox"/> Parto por Cesárea <input type="checkbox"/> Parto Vaginal | Lesión relacionada con el empleo |
| ¿Tiene un Voluntades Anticipadas de Atención Médica? | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Miembro de Advantage | | <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No |
| Información del Paciente | | | | | |
| Nombre | | Apellido | | Primer Nombre | Inicial |
| Dirección | | Calle | Ciudad | Estado | Código Postal |
| Teléfono en casa | | Dirección de correo electrónico | | No. de Seguro Social | Licencia de Manejo # |
| Estado Civil | | <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Divorciada | Fecha de Nacimiento | Estado donde nació | Sexo |
| Ocupación | | Empleador | | Fecha del empleo | Religión |
| <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Parte del tiempo | | Teléfono del trabajo | | | |
| Domicilio Calle | | Ciudad | Estado | Código Postal | |
| Información del Seguro Médico | | | | | |
| No. de Medicare (si corresponde) | | Parte A (Hospital) | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Parte B (Doctor) |
| | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| PRIMARIO | | | SECUNDARIO | | |
| Compañía de Seguros | | | Compañía de Seguros | | |
| Domicilio | | | Domicilio | | |
| Teléfono de la aseguradora | | | Teléfono de la aseguradora | | |
| Número de Suscriptor / Relación con el paciente | | | Número de Suscriptor / Relación con el paciente | | |
| Sexo | Fecha de Nac. | Empleador | | Sexo | Fecha de Nac. |
| # de Grupo | # de Póliza | | | # de Grupo | # de Póliza |
| # de Ident. del suscriptor | | (traiga copia de su tarjeta del seguro) | | # de Ident. del suscriptor | |
| | | | | (traiga copia de su tarjeta del seguro) | |
| Notificación en caso de emergencia | | | | | |
| En caso de emergencia, notifique: | | | | | |
| Nombre | | Relación | | Teléfono en casa | |
| Domicilio Calle | | Ciudad | | Teléfono en el trabajo | |
| | | | | Estado | |
| | | | | Zona Postal | |
| Nombre del familiar más cercano (que no viva con el paciente) | | | | | |
| Domicilio Calle | | Ciudad | | Estado | |
| | | | | Zona Postal | |
| Relación | | Teléfono en casa | | Teléfono en el trabajo | |
| Información de la Persona Responsable | | | | | |
| Nombre | | Apellido | | Primer Nombre | Inicial |
| Domicilio Calle | | Ciudad | | Estado | |
| | | | | Zona Postal | |
| Teléfono | | No. de Seguro Social | | Nombre del Cónyuge | |
| Empleador de la parte responsable | | <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Parte del tiempo | | | |
| Teléfono del trabajo | | Fecha del empleo | | | |
| Domicilio Calle | | Ciudad | | Estado | |
| | | | | Zona Postal | |

Se requieren todas las tarjetas de identificación de seguros y/o de Medi-Cal en el momento del ingreso o preingreso.

¿Ha recibido tratamiento anteriormente en St. John's Regional Medical Center o St. John's Pleasant Valley Hospital? Sí No

¿Es este el hospital que se le ha asignado? Yes No Si no lo es, ¿quisiera que lo fuera? Sí No

Su nuevo bebé también necesitará un doctor. ¿Quisiera usted un listado de los pediatras de calidad cerca de su casa? Sí No

Por favor indique el nombre del doctor de su bebé: _____

POR FAVOR ENVÍE ESTE FORMULARIO ANTES DE LA FECHA ESPERADA DEL NACIMIENTO.



Dignity Health

St. John's Regional Medical Center