

# PRE-ADMITTING FORM

## CONFIDENTIAL

Please complete this preregistration form and return it to the Admitting Department at Community Hospital of San Bernardino.

When you arrive at the hospital, your paperwork will be complete and you can concentrate your efforts on a safe and healthy delivery. All you need to do at the time of admission or pre-admission is show your identification and medical insurance cards.

Have you previously been treated at Community Hospital of San Bernardino?  Yes  No

### PATIENT

\_\_\_\_\_  
DUE DATE

\_\_\_\_\_  
LAST NAME (PATIENT) FIRST NAME MIDDLE BIRTH NAME

\_\_\_\_\_  
HOME ADDRESS / APARTMENT / SPACE NUMBER CITY ZIP CODE TELEPHONE / CELL NUMBER

\_\_\_\_\_  
BIRTH DATE MARITAL STATUS RELIGION E-MAIL ADDRESS

\_\_\_\_\_  
BIRTH PLACE PRIMARY LANGUAGE SOCIAL SECURITY NUMBER DRIVER LICENSE NUMBER

\_\_\_\_\_  
EMPLOYER OCCUPATION

\_\_\_\_\_  
BUSINESS / EMPLOYER ADDRESS CITY ZIP CODE TELEPHONE NUMBER

### MATERNITY

\_\_\_\_\_  
TYPE OF ADMISSION

\_\_\_\_\_  
PHYSICIAN NAME ADDRESS TELEPHONE NUMBER

### SPOUSE

\_\_\_\_\_  
LAST NAME (SPOUSE) FIRST NAME MIDDLE SOCIAL SECURITY NUMBER

\_\_\_\_\_  
ADDRESS CITY ZIP CODE TELEPHONE / CELL NUMBER

\_\_\_\_\_  
BIRTH DATE EMPLOYER CITY TELEPHONE

Notify in Case of Emergency (Other than Spouse)

\_\_\_\_\_  
LAST NAME FIRST NAME MIDDLE RELATION TO PATIENT

\_\_\_\_\_  
ADDRESS CITY ZIP CODE TELEPHONE / CELL NUMBER

### INSURANCE

\_\_\_\_\_  
PRIMARY INSURANCE COMPANY NAME POLICY HOLDER NAME RELATION TO PATIENT

\_\_\_\_\_  
POLICY HOLDER ADDRESS CITY ZIP CODE TELEPHONE

\_\_\_\_\_  
SOCIAL SECURITY NUMBER GROUP NAME / ID NUMBER

\_\_\_\_\_  
SECONDARY INSURANCE COMPANY NAME POLICY HOLDER NAME RELATION TO PATIENT

\_\_\_\_\_  
POLICY HOLDER ADDRESS CITY ZIP CODE TELEPHONE

\_\_\_\_\_  
SOCIAL SECURITY NUMBER GROUP NAME / ID NUMBER

### SEND FORM TO:

Community Hospital of San Bernardino  
Admitting Department  
1805 Medical Center Drive  
San Bernardino, CA 92411  
Fax: (909) 806-1035



**Dignity Health™**

Community Hospital of  
San Bernardino

**Maternal Child Services**

# FORMULARIO DE PRE-ADMISIÓN

## CONFIDENCIAL

Por favor complete el formulario de pre-inscripción y devuélvalo al Departamento de Admisiones de Community Hospital of San Bernardino.

Cuando usted llegue al hospital, su documentación de inscripción se encontrará completa y usted podrá concentrar sus esfuerzos en lograr un parto seguro y saludable. Todo lo que necesita hacer al momento de la admisión o pre-admisión será mostrar su identificación y las tarjetas del seguro médico.

¿Usted ha sido atendida anteriormente en Community Hospital of San Bernardino?  Si  No

### PACIENTE

FECHA DE PARTO \_\_\_\_\_

APELLIDO (PACIENTE)	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO	
DOMICILIO / DEPARTAMENTO / NÚMERO	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL	NÚMERO DE TELÉFONO / TELÉFONO CELULAR
FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	RELIGIÓN	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO
LUGAR DE NACIMIENTO	LENGUA MATERNA	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE LICENCIA DE CONDUCIR
EMPLEADOR		OCUPACIÓN	
DIRECCIÓN COMERCIAL/ EMPLEADOR	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL	NÚMERO DE TELÉFONO

### MATERNIDAD

TIPO DE ADMISIÓN \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MÉDICO	DIRECCIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO
-------------------	-----------	--------------------

### CÓNYUGE

APELLIDO (CÓNYUGE)	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL
DOMICILIO	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL	NÚMERO DE TELÉFONO/ CELULAR
FECHA DE NACIMIENTO	EMPLEADOR	CIUDAD	TELÉFONO

Avisar en caso de emergencia (persona distinta al Cónyuge)

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO	RELACIÓN CON EL PACIENTE
DIRECCIÓN	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL	NÚMERO DE TELÉFONO/ CELULAR

### SEGURO

SEGURO PRIMARIO NOMBRE DE LA COMPAÑÍA	NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	RELACIÓN CON EL PACIENTE	
DIRECCIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO
NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	NOMBRE DEL GRUPO/ NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN		
SEGURO SECUNDARIO NOMBRE DE LA COMPAÑÍA	NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	RELACIÓN CON EL PACIENTE	
DIRECCIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO
NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	NOMBRE DEL GRUPO/ NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN		

#### POR FAVOR ENVIAR ESTE FORMULARIO A:

Community Hospital of San Bernardino  
Admitting Department  
1805 Medical Center Drive  
San Bernardino, CA 92411  
Fax: (909) 806-1035



**Dignity Health**<sup>™</sup>

Community Hospital of  
San Bernardino

**Maternal Child Services**  
Servicios Materno-Infantil