

# PRE-ADMITTING FORM

## CONFIDENTIAL

Please complete this preregistration form and return it to the Admitting Department at St. Bernardine Medical Center.

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 St. Bernardine Medical Center?  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

<b>PRIMARY INSURANCE</b> COMPANY NAME	POLICY HOLDER NAME		RELATION TO PATIENT
POLICY HOLDER ADDRESS	CITY	ZIP CODE	TELEPHONE
SOCIAL SECURITY NUMBER	GROUP NAME / ID NUMBER		
<b>SECONDARY INSURANCE</b> COMPANY NAME	POLICY HOLDER NAME		RELATION TO PATIENT
POLICY HOLDER ADDRESS	CITY	ZIP CODE	TELEPHONE
SOCIAL SECURITY NUMBER	GROUP NAME / ID NUMBER		

Please send this form to:  
St. Bernardine Medical Center  
Maternal Child Education Department  
2101 N. Waterman Avenue  
San Bernardino, CA 92404



**Dignity Health**<sup>™</sup>  
St. Bernardine Medical Center

**Maternal Child Services**

# FORMULARIO DE PRE-ADMISIÓN

## CONFIDENCIAL

Por favor complete el formulario de pre-inscripción y devuélvalo al Departamento de Admisiones de St. Bernardine Medical Center.

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 St. Bernardine Medical Center?  Sí  No

### PACIENTE

FECHA DE VENCIMIENTO

APPELLIDO (PACIENTE)	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO	APPELLIDO
DIRECCIÓN PARTICULAR / 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

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

Avisar en caso de emergencia (persona distinta al Cónyuge)

APPELLIDO	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:  
St. Bernardine Medical Center  
Maternal Child Education Department  
2101 N. Waterman Avenue  
San Bernardino, CA 92404



**Dignity Health**<sup>TM</sup>  
St. Bernardine Medical Center

**Maternal Child Services**  
Servicios Materno-Infantil