



# Forma de Registración

Si prefiere, puede traer esta forma completa al departamento de admisiones de Marian cuando tiene las 24 semanas de embarazo.

Fecha proyectada de parto \_\_\_\_\_ Nombre de su doctor \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre de soltera \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Apellido/Primero/Medio \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Número de apartamento \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Zip \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Religión \_\_\_\_\_ Estado marital \_\_\_\_\_

¿Fue usted admitido en Marian previamente?  Sí  No Fechas (aproximadamente) \_\_\_\_\_

Empleado por \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Domicilio de empleador: Ciudad/Estado/Zip \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Persona para contactar en caso de emergencia (más que su hogar) \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

## CONYUGE O PARIENTE MAS CERCANO

Nombre: Apellido/Primero/Medio \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Domicilio: Ciudad/Estado/Zip \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre de empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Zip \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

## SEGUNDO PADRE (u otro más cercano pariente)

Nombre: Apellido/Primero/Medio \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Domicilio: Ciudad/Estado/Zip \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre de empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Zip \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

## COMPLETA LAS SECCIONES APLICABLES ABAJO—FAVOR DE TRAER SU TARJETA o FORMA DE SEGURO y TARJETA DE IDENTIFICACIÓN CON FOTOGRAFÍA PARA SU REGISTRACIÓN

Fuente de pago:  Pagado por si mismo  Medi-Cal  Seguro de Grupo

**SEGURO DE GRUPO:** tiene que adquirir formas de su empleador

Nombre de asegurado \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre de compañía de seguro \_\_\_\_\_ Número de grupo \_\_\_\_\_ Número de póliza \_\_\_\_\_

**MEDI-CAL:** Haga copias de su presente tarjeta de identificación

Número de identificación \_\_\_\_\_ Doctor primario \_\_\_\_\_ Porción de gastos \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE SEGURO SECUNDARIO, SI APLICABLE:**

Nombre de asegurado \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre de compañía de seguro \_\_\_\_\_ Número de grupo \_\_\_\_\_ Número de póliza \_\_\_\_\_



# Registration Form

If you prefer, you may pre-register using this form. Please return it to the Admitting department at Marian at 24 weeks.

Probable admit or due date \_\_\_\_\_ Physician's name \_\_\_\_\_  
 Name: \_\_\_\_\_ Maiden \_\_\_\_\_  
 Last/First/Middle \_\_\_\_\_ name \_\_\_\_\_ Birthdate \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_  
 Address \_\_\_\_\_ Apartment number \_\_\_\_\_ Email address \_\_\_\_\_  
 City/State/Zip \_\_\_\_\_ Telephone \_\_\_\_\_ Cell. phone \_\_\_\_\_  
 Social Security Number \_\_\_\_\_ Religion \_\_\_\_\_ Marital status \_\_\_\_\_  
 Have you ever been treated at Marian before?  Yes  No Dates (approximately) \_\_\_\_\_  
 Employed by \_\_\_\_\_ Occupation \_\_\_\_\_  
 Employer's Address: City/State/Zip \_\_\_\_\_ Telephone \_\_\_\_\_  
 Emergency contact person \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_ Telephone \_\_\_\_\_

## SPOUSE OR PARENT

Name: Last/First/Middle \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_  
 Address: City/State/Zip \_\_\_\_\_ Telephone \_\_\_\_\_  
 Employer's name \_\_\_\_\_ Occupation \_\_\_\_\_  
 City/State/Zip \_\_\_\_\_ Telephone \_\_\_\_\_

## SECOND PARENT (or other nearest relative)

Name: Last/First/Middle \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_  
 Address: City/State/Zip \_\_\_\_\_ Telephone \_\_\_\_\_  
 Employer's name \_\_\_\_\_ Occupation \_\_\_\_\_  
 City/State/Zip \_\_\_\_\_ Telephone \_\_\_\_\_

## COMPLETE APPLICABLE SECTIONS BELOW. BRING INSURANCE CARDS or FORM and PHOTO I.D. UPON REGISTRATION.

Source of payment:  Self pay  Medi-Cal  Group Insurance

### GROUP INSURANCE: Bring insurance card and/or form.

Name of person with insurance \_\_\_\_\_ Relationship to patient \_\_\_\_\_  
 Insurance company name \_\_\_\_\_ Group number \_\_\_\_\_ Policy number \_\_\_\_\_

### MEDI-CAL: Bring current I.D. card.

I.D. number \_\_\_\_\_ Primary care doctor \_\_\_\_\_ Share of cost \_\_\_\_\_

### SECONDARY INSURANCE INFORMATION, IF APPLICABLE

Name of person with insurance \_\_\_\_\_ Relationship to patient \_\_\_\_\_  
 Insurance company name \_\_\_\_\_ Group number \_\_\_\_\_ Policy number \_\_\_\_\_