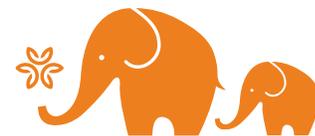


Pre-Admitting Form

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	
						Relationship	
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
¿Tiene un Voluntades Anticipadas de Atención Médica?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Miembro de Advantage	<input type="checkbox"/> Sí <input 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
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	Raza
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	Teléfono en el trabajo
Domicilio Calle		Ciudad	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