## 保密

## 生产和分娩产科医生预约登记表

欢迎来到 Pomona Valley 医院医疗中心我们将在不早于您预产期前两个月对您的登记表进行处理。请确认您勾选了正确的选项框。感谢您对我们的信任,我们期待为您提供孕产住院服务。

预产期:		末	次月经后的第一天:		
产科医生 (OB):			科医生 (PEDS):		
我期望得到的服务: [	□阴道分娩	初	级医疗保健		
	□剖宫产				
您以前是否在 Pomona Valle	y 医院医疗中心就诊过?	□是	□否		
如果是,请注明	最近一次就诊日期:				
合法姓名					
名:			姓:		
中间名首字母大	·写:				
既往就诊时使用的姓名(如不	三一致):				
曾用名/婚前名:					
患者社会保险编号:					
出生日期:			_出生地:		
电子邮箱:					
家庭住址(请勿使用邮政邮编	Ħ) :				
城市:					邮编:
主要联络人电话: (	)				□ 家庭电话 □ 工作电话 □ 手机
种族:		裔 🗆 其他			
是否为器官捐献者:□是 [	]否				
婚姻状况:□ 已婚 □ 单身					
□ 婚姻登记的家	定庭配偶				
□ 合法分居	□ 离异	□ 其他:			
主要语言:			宗教信仰:		:
患者工作单位:			单位地址:		
城市:	<u></u> 州:				邮编:
工作单位电话: (	)				
工作状态:□全职□兼职					
必要联络人/紧急联络人:					
关系:					
					□ 家庭电话 □ 工作电话 □ 手机



<b>生木匠促</b> 计划。	
	□ 健康维护机构 (HMO) □ 医疗储蓄计划 (MediCal) □ 优选医疗结构 (PPO) □ 其他:
如果您的承保机构为 HMO-医疗集团:	□ Alpha Care □ Healthcare Partners □ Primecare Chino Valley
<b></b>	□ ProMed Pomona Valley □ 其他:_
与患者的关系:	
	□ 健康维护机构 (HMO) □ 医疗储蓄计划 (MediCal) □ 优选医疗机构 (PPO) □ 其他:
	☐ Alpha Care ☐ Healthcare Partners ☐ Primecare Chino Valley
	□ ProMed Pomona Valley □ 其他:
参保人姓名:	
与患者的关系:	
参保人家庭住址:	
是否签署了医疗事务事先嘱托:	]是   □否
是否有生前遗嘱: □ 是	□否
是否有委托授权: □是 □	否 委托代理人是谁?
关系:	
电话: ( )	□家庭电话□工作电话□手机
您是否接种了 COVID-19 疫苗?	]是口否
如是,最后一剂接种日期	
是否接种过流感疫苗? □是□	如是,接种日期

"请保护好自己"- 您的保险公司可能会要求您获得有关您住院的预授许可。切记在入院前要核实您的保险计划。

缴费方式:

□ 自费 □ 基本医保

□ 附加险

