POMONA VALLEY HOSPITAL
MEDICAL CENTER
WOMEN'S AND CHILDREN'S SERVICES

CONFIDENTIAL OB
产 科
INFORMATION FORM
机密信息表

PLEASE 请 PRINT 打 印

PATIENT INFORMATION / 患者信息

DOCTOR'S NAME: / 医生姓名：

DATE OF ADMISSION / 入院日期

ADMISSION FOR: / 入院科室：
☐ MATERNITY/ 妇产科 ☐ SURGERY/ 外科

PEDIATRICIAN CHOSEN: / 是否已选择儿科医师：
☐ YES/是 ☐ NO/否
NAME: / 姓名：

HAVE YOU EVER BEEN TREATED AT THIS HOSPITAL BEFORE? 是否曾在本院接受过治疗？
☐ YES / 是 IF YES – / 若是–
☐ NO / 否 WRITE DATE / 请注明日期

☐ INPATIENT (Date): / 住院治疗（日期）：

☐ OUTPATIENT (Date): / 门诊治疗（日期）：

PATIENT'S FULL NAME: LAST, / 患者全名：姓： FIRST, /名： MIDDLE AGE: / 年龄 DATE OF BIRTH: / 出生日期 SEX: / 性别

MARITAL STATUS: (Please Check) / 婚姻状况：（请勾选）
MARRIED / 已婚 | SINGLE / 未婚 | WIDOWED / 丧偶 | DIVORCED / 离异 | SEPARATED / 分居

IF YOU ARE A STUDENT - Please Check / 如果您是学生--请勾选
☐ FULL-TIME /全日制 ☐ PART-TIME /非全日制

SOCIAL SECURITY NUMBER / 社会保险号码

MAIDEN NAME: / 曾用名：

RELIGION PREFERENCE: / 宗教信仰：

ORGAN DONOR? /是否为器官捐献者？ Y OR N / 是 或 否

DO YOU HAVE A MEDICAL ADVANCE DIRECTIVE? Y OR N
您是否具备预先医疗指示？ 是 或 否

STREET ADDRESS: / 街道地址： CITY: / 城市 STATE: / 州 ZIP CODE: /邮编： PATIENT'S PHONE NUMBER: 患者电话号码：

NEAREST RELATIVE/RELATIONSHIP: 近亲/亲属： ADDRESS: / 地址： CITY: / 城市 STATE: / 州 ZIP CODE: / 邮编： PHONE NUMBER: / 电话号码：

2ND PERSON TO NOTIFY IN EMERGENCY/RELATIONSHIP: / 第二紧急联系人/亲属： ADDRESS: / 地址： CITY: / 城市： STATE: / 州 ZIP CODE: / 邮编： EMERGENCY PHONE NUMBER: 紧急电话号码：

EMPLOYER INFORMATION / 工作单位信息

NAME OF PATIENT: (If Patient is a minor - name of Father) / 患者姓名（如果患者为未成年人，请填写父亲姓名）：

NAME OF SPOUSE: (If Patient is a minor - name of Mother) / 配偶姓名（如果患者为未成年人，请填写母亲姓名）：

EMPLOYER: / 工作单位：

EMPLOYER: /工作单位：

EMPLOYER STREET ADDRESS: /工作单位街道地址：

EMPLOYER STREET ADDRESS: / 工作单位街道地址：

CITY: / 城市： STATE: / 州： ZIP CODE: / 邮编：

CITY: / 城市： STATE: / 州： ZIP CODE: / 邮编：

SOCIAL SECURITY NUMBER / 社会保险号码

SOCIAL SECURITY NUMBER / 社会保险号码

BUSINESS PHONE: / 办公电话： OCCUPATION: / 职位：

BUSINESS PHONE: / 办公电话： OCCUPATION: / 职位：

INSURANCE INFORMATION / 保险信息

PLEASE COMPLETE THE SECTIONS THAT APPLY TO YOUR INSURANCE COVERAGE
请填写适用于您的保险范围的部分

MEDICAL INSURANCE / 医疗保险
CERTIFICATE NUMBER 保险证书编号
GROUP NUMBER AND NAME: / 团体号码及名称： STATE AND ADDRESS: / 州及地址： POLICY HOLDER'S NAME: / 保单持有人姓名：

MEDICAL INSURANCE / 医疗保险
CERTIFICATE NUMBER 保险证书编号
GROUP NUMBER AND NAME: / 团体号码及名称： STATE AND ADDRESS: / 州及地址： POLICY HOLDER'S NAME: / 保单持有人姓名：

MEDI-CAL
MEDI-CAL I.D. NUMBER / 身份识别号码

NO INSURANCE / 无 保 险

Patients not having insurance coverage will be expected to pay for estimated services.
Contact the Financial Counselor at 909.469.9441 for an estimate,
无保险患者将支付预估的服务费用。
请拨打 909.865.9101 联系财务顾问以进行预估

Birth Place:
出生地：

MATERNITY PATIENTS ONLY: / 仅适用于妇产患者：

Husband's Date of Birth: /丈夫出生日期：

LMP: / 末次月经：

Estimated Due Date: / 预产期：