



PLEASE PRINT/LETRA DE MOLDE

CONFIDENTIAL Labor & Delivery OB Pre-Registration Form

Welcome to Pomona Valley Hospital Medical Center, your registration OB form will be processed no later than 2 months prior to your due date. Please print legibly. Also, please make sure you mark the correct boxes. Thank you and we look forward to serving you for your maternity stay.

Bienvenida a Pomona Valley Hospital Medical Center. Su formulario de admisión se procesará a más tardar 2 meses antes de su fecha de parto. Escriba con letra legible. Además, asegúrese de marcar las casillas correctas. Gracias y esperamos poder servirle durante su estancia en nuestro departamento de maternidad.

Due Date/Fecha de parto: _____ 1st day of Last menstrual period/1er día del último período menstrual: _____

Obstetrician/Obstetra (OB) Doctor: _____ Pediatrics/Pediatra (PEDS) Doctor: _____

I am expecting a/Yo espero tener un ☐ Vaginal delivery/parto vaginal ☐ Cesarean section/parto por cesárea Primary Care MD/Médico de cabecera/Internist/Internista

Have you ever been a patient at Pomona Valley Hospital Medical Center?/¿Alguna vez ha sido paciente en Pomona Valley Hospital Medical Center? Yes/Sí ☐ No ☐ If yes, date of most recent visit/En caso afirmativo, fecha de la visita más reciente: _____

LEGAL NAME/NOMBRE LEGAL:

Last Name/Apellido: _____ First Name/Primer nombre: _____ Middle Initial/Inicial Segundo nombre: _____

Name Used at prior visit (if different)/Nombre que se utilizó en visita anterior (si es diferente): _____

Other Names Used/Maiden Name/Otros nombres utilizados/Nombre de soltera: _____

Patient's Social Security #/Seguro Social del paciente: _____ Birthdate/Fecha de nacimiento: _____ Birthplace/Lugar de nacimiento: _____

Email Address/correo electrónico: _____

Home Address (do not use P.O. Box#)/Dirección de casa (No use caja postal): _____

City/Ciudad: _____ State/Estado: _____ Zip/Código postal: _____

Primary Contact#/#contacto primario: (_____) ☐ Home/Casa ☐ Work/Trabajo ☐ Cell/Célular

Race/Raza: _____ Ethnicity/Etnia: ☐ Hispanic/Hispano ☐ Other/Otro Organ Donor/Donante de órganos: ☐ Yes/Sí ☐ No

Legal Marital Status/Estado civil legal: ☐ Married/Casada ☐ Single/soltera ☐ Registered Domestic Partner/pareja conyugal registrada

☐ Legally Separated/separada legalmente ☐ Divorced/divorciada ☐ Other/Otro: _____

Primary language(s)/Idioma(s) primario(s): _____ Religion/Religión: _____ Occupation/Ocupación: _____

Patient's employer/Empleador del paciente: _____ Address/Dirección: _____

City/Ciudad: _____ State/Estado: _____ Zip/Código postal: _____

Employer Phone#/# Tel. Empleador: (_____) Work Status/Condición laboral: ☐ Full Time/Tiempo completo ☐ Part Time/Medio tiempo

Person to Notify/Emergency Contact Name/Persona a notificar/Nombre de contacto de emergencia: _____

Relationship/Relation: _____ Primary Contact# / _____ Home/Casa ☐ Work/Trabajo ☐ Cell/Célular

METHOD OF PAYMENT/MÉTODO DE PAGO: ☐ Self-Pay/Pago directo ☐ Primary Insurance/Seguro primario ☐ Secondary Insurance/Seguro secundario

PRIMARY INSURANCE PLAN/PLAN DE SEGURO PRIMARIO:Insurance Phone#/#Tel. aseguradora: () HMO ☐ MediCal ☐ PPO ☐ Other/Otro: _____

Authorization #/# Autorización: _____ Expiration Date/Fecha de vencimiento: _____

If insurance is HMO- Medical Group/Si el seguro es HMO- Medical Group: ☐ Alpha Care ☐ Healthcare Partners ☐ Primecare Chino Valley☐ ProMed Pomona Valley ☐ Other/Otro _____

Subscriber's Name/Nombre del firmante: _____ Birthdate/Fecha de Nacimiento: _____ Gender/Sexo: _____

Relationship to Patient/Relación con el paciente: _____ Policy ID#/#ID póliza: _____ Group #/# de grupo: _____

Subscriber's Home Address/Dirección de casa del firmante: _____ Phone#/#Teléfono:() _____

SECONDARY INSURANCE PLAN/PLAN DE SEGURO SECUNDARIO:Insurance Phone#/#Tel. aseguradora: () HMO ☐ MediCal ☐ PPO ☐ Other/Otro: _____

Authorization #/#Autorización: _____ Expiration Date/Fecha de vencimiento: _____

If insurance is HMO- Medical Group/Si el seguro es HMO- Medical Group: ☐ Alpha Care ☐ Healthcare Partners ☐ Primecare Chino Valley☐ ProMed Pomona Valley ☐ Other/Otro _____

Subscriber's Name/Nombre del firmante: _____ Birthdate/Fecha de nacimiento: _____ Gender/Sexo: _____

Relationship to Patient/Relación con el paciente: _____ Policy ID#/#ID póliza: _____ Group #/# de grupo: _____

Subscriber's Home Address/Dirección de casa del firmante: _____ Phone #/#Teléfono:() _____

ADVANCE DIRECTIVE FOR HEALTHCARE/DIRECTIVAS ANTICIPADAS PARA CUIDADO MÉDICO: ☐ Yes/Sí ☐ No**Living Will/Testamento de Vida:** ☐ Yes/Sí ☐ No **Power of Attorney/Poder legal:** ☐ Yes/Sí ☐ No

Who is proxy Agent/Mandato: _____ Relationship/Relación: _____

Phone#/#Teléfono:() ☐ Home/Casa ☐ Work/Trabajo ☐ Cell/ Célular**Your insurance company may require that you obtain pre-authorization on for your hospital stay. Please remember to check with your plan prior to your hospital admission.****Su compañía de seguros puede exigirle que obtenga una autorización previa para su estadía en el hospital. Recuerde consultar con su plan antes de ingresar al hospital.**