

**CONFIDENTIAL OB  
INFORMATION FORM /  
FORMULARIO DE INFORMACIÓN  
OBSTETRICA CONFIDENCIAL**

**PLEASE PRINT /  
FAVOR DE ESCRIBIR  
EN LETRA DE MOLDE**

**PATIENT INFORMATION / INFORMACIÓN DEL PACIENTE**  
**EMPLOYER INFORMATION / INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR**  
**SECURITY INFORMATION / INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO**  
**INSURANCE INFORMATION / INFORMACIÓN DE SEGURO**

DOCTOR'S NAME: / NOMBRE DE DOCTOR: _____	DATE OF ADMISSION: / FECHA DE ADMISIÓN: _____	ADMISSION FOR: / ADMISIÓN: <input type="checkbox"/> MATERNITY / MATERNIDAD <input type="checkbox"/> SURGERY / CIRUGÍA	PEDIATRICIAN CHOSEN: / PEDIATRA QUE ESCOGIÓ: <input type="checkbox"/> YES / SI <input type="checkbox"/> NO NAME: / NOMBRE: _____
---	---	--	---

HAVE YOU EVER BEEN TREATED AT THIS HOSPITAL BEFORE? ¿HA SIDO TRATADO EN ESTE HOSPITAL?	<input type="checkbox"/> YES / SI  <input type="checkbox"/> NO	IF YES WRITE DATE  SI ES SI ESCRIBA FECHA	<input type="checkbox"/> INPATIENT (Date): / FECHA DE HOSPITALIZACIÓN:	<input type="checkbox"/> OUTPATIENT (Date): / FECHA DE PACIENTE AMBULATORIO:
---	--	---	---	---

PATIENT'S FULL NAME: LAST / NOMBRE COMPLETO: APELLIDO:	FIRST / PRIMER	MIDDLE / SEGUNDO	AGE / EDAD	DATE OF BIRTH / FECHA DE NACIMIENTO	SEX / SEXO
---	----------------	------------------	------------	-------------------------------------	------------

MARITAL STATUS: (Please Check) ESTADO MATRIMONIAL: (FAVOR DE MARCAR)	IF YOU ARE A STUDENT - Please Check / SI ES ESTUDIANTE - FAVOR DE MARCAR	SOCIAL SECURITY NUMBER / NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
<input type="checkbox"/> MARRIED / CASADO/A <input type="checkbox"/> SINGLE / SOLTERO/A <input type="checkbox"/> WIDOWED / VIUDO/A <input type="checkbox"/> DIVORCED / DIVORCIADO/A <input type="checkbox"/> SEPARATED / SEPARADO/A	<input type="checkbox"/> FULL-TIME / TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> PART-TIME / TIEMPO PARCIAL	

MAIDEN NAME: / APELLIDO DE SOLTERA DE LA MADRE:	RELIGION PREFERENCE: / RELIGIÓN:	ORGAN DONOR? ¿DONANTE DE ORGANOS? Y / S OR N  DO YOU HAVE A MEDICAL ADVANCE DIRECTIVE? ¿TIENE DIRECTRICES POR ADELANTADO? Y / S OR N
---	----------------------------------	--

STREET ADDRESS: / DIRECCIÓN:	CITY: / CIUDAD:	STATE: / ESTADO:	ZIP CODE: / CODIGO POSTAL:	PATIENT'S PHONE NUMBER: / TELÉFONO:
------------------------------	-----------------	------------------	----------------------------	--

NEAREST RELATIVE/RELATIONSHIP: ADDRESS: / PARIENTE MÁS CERCANO / RELACIÓN / NOMBRE: DIRECCIÓN:	CITY: / CIUDAD:	STATE: / ESTADO:	ZIP CODE: / CODIGO POSTAL:	PHONE NUMBER: / TELÉFONO:
---	-----------------	------------------	----------------------------	------------------------------

2ND PERSON TO NOTIFY IN EMERGENCY/RELATIONSHIP: ADDRESS: / 2DA PERSONA A NOTIFICAR EN CASO DE EMERGENCIA/RELACIÓN/NOMBRE: DIRECCIÓN:	CITY: / CIUDAD:	STATE: / ESTADO:	ZIP CODE: / CODIGO POSTAL:	EMERGENCY PHONE NUMBER: / TELÉFONO:
--	-----------------	------------------	----------------------------	--

NAME OF PATIENT: (If Patient is a minor - name of Father) / NOMBRE DEL PACIENTE: (Si es menor de edad, el nombre del padre)	NAME OF SPOUSE: (If Patient is a minor - name of Mother) / NOMBRE DEL ESPOSO/A: (Si es menor de edad, el nombre de la madre)
--	---

EMPLOYER: / EMPLEADOR:	EMPLOYER: / EMPLEADOR:
---------------------------	---------------------------

EMPLOYER STREET ADDRESS: / DIRECCIÓN DE EMPLEO:	EMPLOYER STREET ADDRESS: / DIRECCIÓN DE EMPLEO:
--	--

CITY: / CIUDAD:	STATE: / ESTADO	ZIP CODE: / CODIGO POSTAL:	CITY: / CIUDAD:	STATE: / ESTADO	ZIP CODE: / CODIGO POSTAL:
-----------------	-----------------	----------------------------	-----------------	-----------------	----------------------------

SOCIAL SECURITY NUMBER: / NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:	SOCIAL SECURITY NUMBER: / NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:
---	---

BUSINESS PHONE: / TELÉFONO DE OCUPACIÓN:	OCCUPATION: / OCUPACIÓN:	BUSINESS PHONE: / TELÉFONO DE OCUPACIÓN:	OCCUPATION: / OCUPACIÓN:
--	--------------------------	--	--------------------------

**PLEASE COMPLETE THE SECTIONS THAT APPLY TO YOUR INSURANCE COVERAGE  
FAVOR LLENAR LAS SECCIONES QUE APLIQUEN A SU/S SEGURO/S**

<b>MEDICAL INSURANCE / SEGURO</b>	GROUP NUMBER AND NAME: / NÚMERO Y NOMBRE DEL GRUPO:	STATE AND ADDRESS: / DIRECCIÓN Y TELÉFONO:	POLICY HOLDER'S NAME: / NOMBRE DEL POSEEDOR DE LA PÓLIZA:
CERTIFICATE NUMBER / NÚMERO DE CERTIFICADO			

<b>MEDICAL INSURANCE / SEGURO</b>	GROUP NUMBER AND NAME: / NÚMERO Y NOMBRE DEL GRUPO:	STATE AND ADDRESS: / DIRECCIÓN Y TELÉFONO:	POLICY HOLDER'S NAME: / NOMBRE DEL POSEEDOR DE LA PÓLIZA:
CERTIFICATE NUMBER / NÚMERO DE CERTIFICADO			

<b>MEDI-CAL</b>	MEDI-CAL I.D. NUMBER / MEDI-CAL NÚMERO DE IDENTIDAD
-----------------	---

<b>SIN SEGURO</b>  Patients not having insurance coverage will be expected to pay for estimated services. Contact the Eligibility Services Department at 909.469.9441 for an estimate.  Existe la expectativa de que los pacientes que no tienen seguro, paguen por los servicios previstos. Por favor llame al Departamento de Servicios de Elegibilidad al 909.469.9442 para una estimación.  Birth Place/Lugar de Nacimiento: _____	<b>MATERNITY PATIENTS ONLY: / PACIENTES DE MATERNIDAD UNICAMENTE:</b>  Husband's Date of Birth: / Fecha de Nacimiento del Esposo: _____  LMP: / Último Ciclo Menstrual: _____  Estimated Due Date: / Fecha de Parto: _____
---	---