



ANTELOPE VALLEY
HOSPITAL

A facility of Antelope Valley Healthcare District

INFORMACION OBSTETRICA DE REGISTRO

1600 West Ave J Lancaster, CA 93534
661-949-5000

INFORMACION DEL OBSTETRICA

Fecha _____

Medico que la atiende: _____ Pediatra para su recién nacido: _____

Fecha de parto: _____ Ultimo periodo menstrual: _____

Esta usted recibiendo cuidado prenatal en alguna de estas clinicas? No ___ Si ___ (cual Clinica?)

_____ Ave K-6 OB Clinica _____ Kaiser Clinica _____ High Desert Medical Group Clinica

_____ AV Hospital Clinica de Lancaster _____ AV Hospital OB Clinica de Palmdale _____ Otra Clinica

INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del Segundo Nombre _____

Apellido de soltera: _____ Apellido de soltera de su mama _____ Otros nombres o apellidos _____

Direccion: _____ Ciudad _____ Estado: _____Codigo postal _____

Telefono: _____ Telefono de mensaje _____ Cell # _____

Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento _____ Licencia de manejar # _____

Estado Marital : (marque una) Soltera Casada Divorciada Separada Viuda

Empleo del Paciente _____ Telefono _____ Ocupacion del Paciente _____

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____Codigo postal _____

Tiempo completo : Medio Tiempo Religion _____

Documentacion sobre las instrucciones por adelantado (marque una) Si o No

Raza: (marque una) Blanca Africana/Americana Asiatica India Americana Otra _____

Raza etnica : (marque una) Hispana No-Hispana No sabe

INFORMACION EN CASO DE EMERGENCIA

Apellido del Esposo: _____ Fecha de nacimiento _____ Ocupacion: _____
nombre Segundo Nombre

Empleador: _____ Direccion: _____ Ciudad _____ Estado _____Codigo postal _____

Contacto de Emergencia: _____ Relacion con el Paciente _____ Telefono#Cell _____ Telefono del trabajo _____

Contacto de Emergencia: _____ Relacion con el Paciente _____ Telefono/Cell# _____ Telefono del trabajo _____

INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PAGO

Nombre _____ Relacion con el paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ Numero de Licencia # _____

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo postal _____

Numero del Seguro Social _____ Nombre de las Empresa _____

Direccion del Empleo _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Telefono _____ Cell phone# _____ Telefono del trabajo _____

ASEGURANZA PRIMARIA

Nombre del Asegurado _____ Numero de identificacion _____

Nombre del Grupo Medico _____ Nombre de la Compania _____

Relacion del Asegurado con el paciente (marque una) Ud mismo esposo hijo natural hijastro hijo en custodia

ASEGURANZA – SECUNDARIA

Nombre del Asegurado _____ Numero de identificacion _____

Nombre del Grupo Medico _____ Nombre de la Compania _____

Relacion del Asegurado con el paciente (marque una) Ud mismo esposo hijo natural hijastro hijo en custodia

Si tiene alguna pregunta acerca de estas preguntas o acerca del proceso de Admision en general: Por favor comuniquese con el Departamento de Admsion al (661) 949-5411

INFORMACION PARA EL ACTA DE NACIMIENTO PARA EL BEBE

La siguiente infomracion es necesaria para completar el Acta de nacimiento del bebe. Si la infomracion no esta disponible al tiempo que esta completando esta forma, por favor traigala cuando el bebe este por nacer.

Informacion Del Padre:

Nombre Legal del Padre _____

Nombre

Segundo Nombre

Apellido

Lugar de Nacimiento _____ Fecha de Nacimiento _____

Ocupacion usual – Titulo _____ Tipo de Negocio o Industria _____

Años de Educacion Completos _____ Numero del Seguro Social _____

Si tiene preguntas a cerca del Acta de nacimiento, Por favor comuniquese con el Departamento de Records medicos (661) 949-5019. Muchas Gracias!