



# Antelope Valley Medical Center

## OB/ GYN Outpatient Clinic

### Informacion De Registro

44105 15<sup>TH</sup> Street West Suite 301, Lancaster CA 93534 / Phone: 661-726-6180

#### 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 clínicas? No \_\_\_ Si \_\_\_ (cual Clínica?)

\_\_\_\_\_ HDHS/ Avenida I Clínica \_\_\_\_\_ Kaiser Clínica \_\_\_\_\_ Bartz AltaDonna Clínica

\_\_\_\_\_ AVMC OB Clínica \_\_\_\_\_ Otra Clínica

#### 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: \_\_\_\_\_ Teléfono 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 \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Tiempo completo : Medio Tiempo Religión \_\_\_\_\_ Fumar: Si \_\_\_ No \_\_\_

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

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

Raza étnica : (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: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_ Telefono#Cell \_\_\_\_\_ Telefono del trabajo \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_ Telefono/Cell# \_\_\_\_\_ Telefono del trabajo \_\_\_\_\_

**Por favor complete al reverso de esta forma. Gracias!**

## INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PAGO

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Numero de Licencia # \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número del Seguro Social \_\_\_\_\_ Nombre de las Empresa \_\_\_\_\_

Dirección del Empleo \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Cell phone# \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

## ASEGURANZA PRIMARIA

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ Numero de identificación \_\_\_\_\_

Nombre del Grupo Medico \_\_\_\_\_ Nombre de la Compañía \_\_\_\_\_

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

## ASEGURANZA – SECUNDARIA

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ Numero de identificación \_\_\_\_\_

Nombre del Grupo Medico \_\_\_\_\_ Nombre de la Compañía \_\_\_\_\_

Relación 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 Admisión en general: Por favor comuníquese con el Departamento de Admisión al (661) 949-5411

## INFORMACION PARA EL ACTA DE NACIMIENTO PARA EL BEBE

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

### Información Del Padre:

Nombre Legal del Padre \_\_\_\_\_  
Nombre Segundo Nombre Apellido

Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Ocupación usual – Título \_\_\_\_\_ Tipo de Negocio o Industria \_\_\_\_\_

Años de Educación Completos \_\_\_\_\_ Numero del Seguro Social \_\_\_\_\_

Si tiene preguntas acerca del Acta de Nacimiento, Por favor comuníquese con el Departamento de Records Médicos (661) 949-5019. ¡Muchas Gracias!