

MARSHALL MEDICAL CENTER MATERNITY REGISTRATION -- INSCRIPCION PARA MATERNIDAD

Date expected to deliver/ Fecha esperada del parto _____

PATIENT LEGAL NAME (LAST, FIRST, MIDDLE) / NOMBRE DE LA PACIENTE (APELLIDO, NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE)				BIRTHDATE / FECHA DE NACIMIENTO	MARITAL STATUS	RACE / RAZA	SEX / SEXO	RELIGION / RELIGION
MAILING ADDRESS / DIRECCION POSTAL			CITY STATE / CIUDAD ESTADO			ZIP CODE / CODIGO POSTAL		
STREET ADDRESS / DIRECCION PARTICULAR				PATIENT'S PHONE # / TELEFONO DE LA PACIENTE		PATIENT'S SOCIAL SECURITY # / N° DEL SEGURO SOCIAL DE LA PACIENTE		
EMPLOYMENT STATUS / SITUACION DE TRABAJO (MARQUE UNO CON UN CIRCULO)								
<input type="checkbox"/> 1. EMPLOYED FULL TIME / TRABAJA A TIEMPO COMPLETO			<input type="checkbox"/> 3. NOT EMPLOYED / NO TRABAJA			<input type="checkbox"/> 5. RETIRED / JUBILADA		
<input type="checkbox"/> 2. EMPLOYED PART TIME / TRABAJA A TIEMPO PARCIAL			<input type="checkbox"/> 4. SELF EMPLOYED / TRABAJA POR SU CUENTA			<input type="checkbox"/> 6. MILITARY ACTIVE / ACTIVA EN LAS FUERAS ARMADAS		
AKA/MAIDEN / OTRO NOMBRE/APELLIDO DE SOLTERA		OCCUPATION / OCUPACION						
PATIENTS EMPLOYER / EMPLEADOR DE LA PACIENTE			EMPLOYERS ADDRESS / DIRECCION DEL EMPLEADO			EMPLOYERS PHONE # / TELEFONO DEL EMPLEADOR		
GUARANTORS NAME (WHO CARRIES INSURANCE) / NOMBRE DE GARANTE (EL TENEDOR DE LA POLIZA DE SEGURO)			GUARANTOR'S ADDRESS / DIRECCION DEL GARANTE			GUARANTOR'S DRIVERS LICENSE NO / NUMERO DE LICENCIA DE CONDUCIR DE GARANTE		
EMPLOYMENT STATUS / SITUACION DE TRABAJO (MARQUE UNO CON UN CIRCULO)								
<input type="checkbox"/> 1 EMPLOYED FULL TIME / TRABAJA A TIEMPO COMPLETO			<input type="checkbox"/> 3 NOT EMPLOYED / NO TRABAJA			<input type="checkbox"/> 5. RETIRED / JUBILADO		
<input type="checkbox"/> 2 EMPLOYED PART TIME / TRABAJA A TIEMPO PARCIAL			<input type="checkbox"/> 4 SELF EMPLOYED / TRABAJA POR SU CUENTA			<input type="checkbox"/> 6 MILITARY ACTIVE / ACTIVO EN LAS FUERAS ARMADAS		
GUARANTOR'S PHONE # / TELEFONO DEL GARANTE		GUARANTOR'S SOCIAL SECURITY # / NUMERO DEL SEGURO SOCIAL DEL GARANTE						
GUARANTOR'S EMPLOYER NAME / NOMBRE DEL EMPLEADOR DEL GARANTE			EMPLOYER'S ADDRESS / DIRRECCION DEL EMPLEADOR			EMPLOYER'S PHONE # / TELEFONO DEL EMPLEADOR		GUARANTOR'S OCCUPATION / OCUPACION DEL GARANTE
INSURANCE COMPANY / COMPAÑO DE SEGUROS		INSURED'S NAME / NOMBRE DEL TENEDOR DE POLIZA		INS DATE OF BIRTH / FECHA DE NAC DEL TEN. DE POL.	CERTIFICATE # / N° DE CERTIFICADO		GROUP # / N° DE GRUPO	
INSURANCE COMPANY / COMPAÑO DE SEGUROS		INSURED'S NAME / NOMBRE DEL TENEDOR DE POLIZA		INS DATE OF BIRTH / FECHA DE NAC DEL TEN. DE POL.	CERTIFICATE # / N° DE CERTIFICADO		GROUP # / N° DE GRUPO	
NEAREST RELATIVE (NOT LIVING WITH YOU) / PARIENTE MAS CERCAÑO (QUE NO VIVA CON USTED)			ADDRESS / DIRECCION			PHONE / TELEFONO		RELATIONSHIP / RELACION
NOTIFY IN EMERGENCY / NOTIFICAR EN CASO DE EMERGENCIA			CITY. STATE. ZIP / CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL			PHONE / TELEFONO		RELATIONSHIP / RELACION
SMOKER / ¿FUMA? <input type="checkbox"/> YES / SI <input type="checkbox"/> NO / NO		MOTHER'S PHYSICIAN / NOMBRE DEL MEDICO QUE LA INGRESARA			BABY'S PHYSICIAN / NOMBRE DEL MEDICO PARA EL BEBE			

Please write additional insurance on the back of this form. Bring completed insurance form or insurance cards to the admitting department to be copied prior to admission. *Sírvase indicar el seguro adicional que posea en el reverso de este formulario. Triaga el formulario llenado o las tarjetas del seguro al departamento de ingresos, para que los copien antes de que la Ingresen.*

The following information is needed to complete the birth certificate. *La siguiente información es necesaria para rellenar el certificado de nacimiento.*

FATHER OF CHILD / PADRE DEL NIÑO	6A. NAME OF FATHER - FIRST NOMBRE DEL PADRE	6B. MIDDLE / SEGUNDO NOMBRE	6C. LAST / APELLIDO		7. STATE OF BIRTH / ESTADO DE NACIMIENTO	8. DOB FATHER / FECHA DE NAC DEL PADRE
MOTHER OF CHILD / MADRE DEL NIÑO	9A. NAME OF MOTHER, FIRST / NOMBRE DE LA MADRE	9B. MIDDLE / SEGUNDO NOMBRE	9C. MAIDEN NAME / APELLIDO		10. STATE OF BIRTH / ESTADO DE NACIMIENTO	11. DOB MOTHER / FECHA DE NAC LA MADRE
FATHER / PADRE	18. RACE / RAZA	19. SPANISH/HISPANIC/ ESPAÑOLA/HISPAÑA YES / SI _____ NO / NO SPECIFY / SPECIFIQUE	20A. OCCUPATION / OCUPACION		20B. KIND OF BUSINESS OR INDUSTRY / TIPO DE NEGOCIO O DE INDUSTRIA	20C. / 23C. NUMBER OF HIGHEST GRADE COMPLETED / NUMERO DEL GRADO MAS ELEVADO QUE FINALIZO (1-12) OR COLLEGE (3-17+) / (1 A 12) OR UNIVERSIDAD (13 A 17+)
	MOTHER / MADRE	21. RACE / RAZA	22. SPANISH/HISPANIC/ ESPAÑOLA/HISPAÑA YES / SI _____ NO / NO SPECIFY / SPECIFIQUE	23A. OCCUPATION / OCUPACION		
24A. RESIDENCE - STREET, NUMBER OR LOCATION / DOMICILIO (CALLE Y NUMERO O LOCALIDAD)					24B. COUNTY / CONDADO	
24C. CITY OR TOWN / CIUDAD O PUEBLO					24D. STATE / ESTADO	24E. ZIP CODE / CODIGO POSTAL
25A. DATE LAST NORMAL MENSTRUAL PERIOD BEGAN / RECHA DEL COMIENZO DE LA ULTIMA MENSTRUATION NORMAL			25B. MONTH STARTED PRENATAL CARE / MES DE EMBARAZO QUE EMPEZO LA ATENCION PRENATAL (1ST, 2ND, 3RD) CARE BEGAN (1ST 2ND -- 8TH, 9TH)		25C. NUMBER OF PRENATAL VISITS / NUMERO DE VISITAS PRENATALES	
27. PREGNANCY HISTORY (COMPLETE EACH SECTION) / HISTORIA DE EMBARAZOS (LLENE TODAS LAS SECCIONES)						
LIVE BIRTHS (DO NOT COUNT THIS CHILD) / NACIMIENTOS VIVOS (SIN CONTAR A ESTE NIÑO)				OTHER TERMINATIONS (EXCLUDE INDUCED ABORTIONS) / OTRAS INTERRUPCIONES (EXCLUYA LOS ABORTOS INDUCIDOS)		
NOW LIVING (NUMBER) / ACTUALMENTE VIVOS (NUMERO)	NOW DEAD (NUMBER) / ACTUALMENTE MUERTOS (NUMERO)	DATE OF LAST LIVE BIRTH / FECHA DEL ULTIMO NACIMIENTO VIVO		BEFORE 20 WKS (NUMBER) / ANTES DE LA 20ª SEMANA (NUMERO)	AFTER 20 WEEKS (NUMBER) / DESPUES DE 20 SEMANAS	DATE OF LAST TERMINATION / FECHA DE LA ULTIMA INTERRUPCION
A.	B.	C.	MONTH / MES DAY / DIA YEAR / AÑO	D.	E.	F. MONTH / MES YEAR / AÑO

**MARSHALL MEDICAL CENTER
MATERNITY REGISTRATION
INSCRIPCION PARA MATERNIDAD**

