

PREREGISTRATION INFORMATION**PATIENT INFORMATION**

SOCIAL SECURITY NUMBER	BIRTHDAY	BIRTH PLACE	SEX <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	MARITAL STATUS <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> DIV. <input type="checkbox"/> SEP
NAME (LAST, FIRST, MIDDLE INITIAL)				TELEPHONE NUMBER
ADDRESS – STREET		CITY	ZIP CODE	
EMPLOYER NAME	EMPLOYER ADDRESS		EMPLOYER TELEPHONE NUMBER	
OCCUPATION		RELIGIOUS PREFERENCE		

PRIOR ADMISSION

HAVE YOU EVER BEEN ADMITTED TO ST. ROSE HOSPITAL UNDER A DIFFERENT NAME? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO NAME	DATE
---	------

EMERGENCY CONTACT

NAME (LAST, FIRST, MIDDLE INITIAL)	TELEPHONE NUMBER
ADDRESS	RELATIONSHIP

SPOUSE / GUARANTOR INFORMATION (If the patient is a minor, furnish the responsible party.)

NAME (LAST, FIRST, MI)	RELATIONSHIP TO PATIENT	TELEPHONE NUMBER	SOCIAL SECURITY NUMBER
ADDRESS	CITY	ZIP CODE	BIRTHDAY
EMPLOYER NAME			EMPLOYER TELEPHONE NUMBER
EMPLOYER ADDRESS			OCCUPATION

PRIMARY INSURANCE

SUBSCRIBER NAME (LAST, FIRST, MIDDLE INITIAL)		BIRTHDAY
INSURANCE COMPANY	ID NUMBER	GROUP NUMBER
ADDRESS		TELEPHONE NUMBER

SECONDARY INSURANCE

SUBSCRIBER NAME (LAST, FIRST, MIDDLE INITIAL)		BIRTHDAY
INSURANCE COMPANY	ID NUMBER	GROUP NUMBER
ADDRESS		TELEPHONE NUMBER

PREGNANCY

NAME OF PHYSICIAN	DUE DATE
-------------------	----------

** HAVE YOUR INSURANCE CARD UPON REGISTRATION (AND FORM IF NEEDED).

*** A SEPARATE BILL FROM THE EMERGENCY ROOM PHYSICIAN, RADIOLOGIST, OR PATHOLOGIST MAY BE SENT TO YOU.

St. Rose
HOSPITAL 27200 Calaroga Avenue
Hayward, CA 94545

PREREGISTRATION INFORMATION

(10/18/2017)

INFORMACIÓN DE PREMATRÍCULACIÓN**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

NUMERO DE SEGURO SOCIAL	LUGAR DONDE NACIO	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> DIV. <input type="checkbox"/> SEP
NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL)				NUMERO DE TELEFONO
DOMICILIO - CALLE		CIUDAD	CODIGO POSTAL	
NOMBRE DE EMPLEADOR	DOMICILIO DE EMPLEADOR		NUMERO DE TELEFONO EMPLEADOR	
OCCUPACIÓN		PREFERENCIA DE RELIGIÓN		

ADMISIÓN PREVIA

¿HA SIDO ADMITADA JAMAS A SANTA ROSA BAJOUN NOMBRE DIFFERENTE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO NOMBRE	FECHA
--	-------

CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL)	NUMERO DE TELEFONO
DIRECCIÓN POSTAL	RELACIÓN

ESPOSO/GARANTE INFORMACIÓN (Si paciente es un menor proporcione el partido responsable.)

NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL)	RELACIÓN AL PACIENTE	NUMERO DE TELEFONO	NUMERO SEGURO SOCIAL
DOMICILIO – CALLE	CIUDAD	CODIGO POSTAL	FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRE DE EMPLEADOR		NUMERO DE TELEFONO EMPLEADOR	
DOMICILIO DE EMPLEADO		OCCUPACIÓN	

ASEGURANSA PRIMARIA

NOMBRE DE SUSCRIPTOR		FECHA DE NACIMIENTO
COMPANIA DE ASEGURANSA	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO DEL GRUPO
DOMICILIO		NUMERO DE TELEFONO

ASEGURANSA SEGUNDARIA

NOMBRE DE SUSCRIPTOR		FECHA DE NACIMIENTO
COMPANIA DE ASEGURANSA	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO DEL GRUPO
DOMICILIO		NUMERO DE TELEFONO

PREGNANCY

NOMBRE DE DOCTOR	FECHA DE VENCIMIENTO
------------------	----------------------

** QUE TENGA SU TARJETA DEL SEGURO SOBRE LA MATRÍCULA

*** UN SEPARADO QUE FACTURA DEL MEDICO DEL ESPACIO DE LA EMERGENCIA, EL RADIÓLOGO, O EL PATÓLOGO PUEDEN SER MANDADOS A USTED

St. Rose
HOSPITAL 27200 Calaroga Avenue
Hayward, CA 94545

INFORMACIÓN DE PREMATRÍCULACIÓN

(10/18/2017)