

Date of Last Menstrual Cycle

# Obstetric Pre-Registration

Date Received

Please complete this pre-registration form, attach copies of insurance cards and two completed claim forms if required by your insurance, then mail to:

- Registration Services, Cape Coral Hospital, 636 Del Prado Boulevard, Cape Coral, Florida 33990, Fax 239-424-4075
- Registration Services, Gulf Coast Medical Center, 13681 Doctor's Way, Fort Myers, Florida 33912, Fax 239-343-0220
- Registration Services, HealthPark Medical Center, 9981 S. HealthPark Drive, Fort Myers, Florida 33908, Fax 239-343-5056

Full Legal Name		Last	First	Middle	(Maiden)	
Legal Home Address		Street	City	State	Zip Code	County
Telephone	Social Security #		Birthdate		<input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Legally Separated <input type="checkbox"/> Widowed	
Cell	Physician's Name		Telephone		Expected Delivery Date	
Employment Status		<input type="checkbox"/> Employed Full Time <input type="checkbox"/> Self Employed <input type="checkbox"/> Active Military <input type="checkbox"/> Employed Part Time <input type="checkbox"/> Not Employed		Employer's Name		
Employer's Address		Street Address	City	State	Zip Code	County
Race: <input type="checkbox"/> Caucasian <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> African <input type="checkbox"/> Other		Language Preference: _____		Religion: _____		

## Expectant Father's Information

Full Legal Name		Last	First	Middle	(Maiden)	
Legal Home Address		Street	City	State	Zip Code	County
Telephone	Social Security #		Birthdate		<input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Legally Separated <input type="checkbox"/> Widowed	
Employment Status		<input type="checkbox"/> Employed Full Time <input type="checkbox"/> Self Employed <input type="checkbox"/> Active Military <input type="checkbox"/> Employed Part Time <input type="checkbox"/> Not Employed		Employer's Name		
Employer's Address		Street Address	City	State	Zip Code	County
Phone						

## Emergency Contact – Someone Other Than The Expectant Father

Full Name		Last	First	Middle	Relationship to Mother	
Home		Street	City	State	Zip Code	Home Phone
						Work Phone

## Insurance Information – Please List All Health Policies

<input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> PPO	<input type="checkbox"/> Group <input type="checkbox"/> Individual	Insurance Company	Policy Number		Group Number	
Insurance One	Maternity Benefits <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Complications Only		Policy Holder's Name		Group Name	
	Benefits will cover baby <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Effective Date	Insurance Company Phone	Pre-Certification Phone	
	Insurance Address		Street	City	State	Zip Code
	Medicaid <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		If no, would you like to apply for Medicaid? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			

<input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> PPO	<input type="checkbox"/> Group <input type="checkbox"/> Individual	Insurance Company	Policy Number		Group Number	
Insurance Two	Maternity Benefits <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Complications Only		Policy Holder's Name		Group Name	
	Benefits will cover baby <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Effective Date	Insurance Company Phone	Pre-Certification Phone	
	Insurance Address		Street	City	State	Zip Code
	Medicaid <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		If no, would you like to apply for Medicaid? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			

Do you wish visitors and phone calls?  Yes    No

## Pre-Payment Plan (For patients with no Maternity Coverage)

24 Hour Stay    48 Hour Stay    Scheduled C-Section

Fecha de ultima menstruacion

# Registración de Obstetricia

Fecha Recibida

Por favor de completar esta forma, adjunte copias de sus tarjetas de seguro, dos formas de reclamación si son requeridas por su seguro, y mandelo por correo a:

- Registration Services, Cape Coral Hospital, 636 Del Prado Boulevard, Cape Coral, Florida 33990, Fax 239-424-4075
- Registration Services, Gulf Coast Medical Center, 13681 Doctor's Way, Fort Myers, Florida 33912, Fax 239-343-0220
- Registration Services, HealthPark Medical Center, 9981 S. HealthPark Drive, Fort Myers, Florida 33908, Fax 239-343-5056

NOMBRE LEGAL COMPLETO		APELLIDO		PRIMER NOMBRE		NOMBRE SEGUNDO		(APELLIDO DE SOLTERA)			
DIRECCIÓN LEGAL CONDADO		CALLE		CIUDAD		ESTADO		CÓDIGO POSTAL			
TELEFONO		NUMERO DE SOCIAL SECURITY		FECHA DE NACIMIENTO		<input type="checkbox"/> CASADA <input type="checkbox"/> DIVORCIADA <input type="checkbox"/> SOLTERA					
PORTABLE						<input type="checkbox"/> SEPARADA LEGALMENTE <input type="checkbox"/> VIUDA					
FECHA EN QUE ESPERA DAR ALUZ		NOMBRE DE SU MEDICO				TELEFONO					
ESTATUS DE EMPLEO <input type="checkbox"/> EMPLEADO A TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> TRABAJA POR SU CUENTA <input type="checkbox"/> SERVICIO MILITAR <input type="checkbox"/> EMPLEADO A TIEMPO PARCIAL <input type="checkbox"/> SIN EMPLEO				NOMBRE DE SU PATRÓN							
DIRECCIÓN DE SU EMPLEADO		CALLE		CIUDAD		ESTADO		CÓDIGO POSTAL		CONDADO	TELEFONO
RAZA: <input type="checkbox"/> BLANCA <input type="checkbox"/> ASIÁTICA <input type="checkbox"/> AFRICANA <input type="checkbox"/> OTRO _____ Lenguaje preferido: _____ Religión: _____											

## INFORMACIÓN SOBRE EL PADRE

NOMBRE LEGAL COMPLETO		APELLIDO		PRIMER NOMBRE		NOMBRE SEGUNDO					
DIRECCIÓN LEGAL CONDADO		CALLE		CIUDAD		ESTADO		CÓDIGO POSTAL			
TELEFONO		NUMERO DE SOCIAL SECURITY		FECHA DE NACIMIENTO		<input type="checkbox"/> CASADA <input type="checkbox"/> DIVORCIADA <input type="checkbox"/> SOLTERA					
						<input type="checkbox"/> SEPARADA LEGALMENTE <input type="checkbox"/> VIUDA					
ESTATUS DE EMPLEO <input type="checkbox"/> EMPLEADO A TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> TRABAJA POR SU CUENTA <input type="checkbox"/> SERVICIO MILITAR <input type="checkbox"/> EMPLEADO A TIEMPO PARCIAL <input type="checkbox"/> SIN EMPLEO				NOMBRE DE SU PATRÓN							
DIRECCIÓN DE SU EMPLEADO		CALLE		CIUDAD		ESTADO		CÓDIGO POSTAL		CONDADO	TELEFONO

## CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA – ALGUIEN APARTE DEL PADRE

NOMBRE COMPLETO SEGUNDO		APELLIDO		PRIMER NOMBRE		NOMBRE		RELACIÓN A LA MADRE				
DIRECCIÓN		CALLE		CIUDAD		ESTADO		CÓDIGO POSTAL		TELEFONO (CASA)		TELEFONO (TRABAJO)

## INFORMACIÓN SOBRE SU SEGURO – POR FAVOR LISTA TODAS SUS PÓLIZAS DE SALUD

<input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> PPO	<input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Individual	NOMBRE DE LA COMPAÑIA DE SEGURO			NUMERO DE LA POLIZA			NUMERO DEL GRUPO		
<b>SEGURO PRIMARIO</b>	BENEFICIOS DE MATERNIDAD <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SOLO POR COMPLICACIONES		NOMBRE DEL POSEEDOR DE LA POLIZA			NOMBRE DEL GRUPO		
	BENEFICIOS CUBREN AL BEBÉ <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		FECHA DE VIGENCIA		TELEFONO DE LA COMPAÑIA DE SEGURO			TELEFONO PARA CERTIFICAR SU COBERTURA		
	DIRECCIÓN DEL SEGURO		CALLE		CIUDAD			ESTADO		CÓDIGO POSTAL
	MEDICAID <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SI SU RESPUESTA ES NO, QUISIERA APLICAR PARA MEDICAID? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO									

<input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> PPO	<input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Individual	NOMBRE DE LA COMPAÑIA DE SEGURO			NUMERO DE LA POLIZA			NUMERO DEL GRUPO		
<b>SEGURO SEGUNDARIO</b>	BENEFICIOS DE MATERNIDAD <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SOLO POR COMPLICACIONES		NOMBRE DEL POSEEDOR DE LA POLIZA			NOMBRE DEL GRUPO		
	BENEFICIOS CUBREN AL BEBÉ <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		FECHA DE VIGENCIA		TELEFONO DE LA COMPAÑIA DE SEGURO			TELEFONO PARA CERTIFICAR SU COBERTURA		
	DIRECCIÓN DEL SEGURO		CALLE		CIUDAD			ESTADO		CÓDIGO POSTAL
	MEDICAID <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SI SU RESPUESTA ES NO, QUISIERA APLICAR PARA MEDICAID? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO									

¿Usted desea tener visitantes y llamadas telefónicas?  Sí  No

### Plan de Pago por Adelantado (Para los pacientes que tienen cobertura por maternidad)

Ingresada 24 horas  Ingresada 48 horas  Ingresada para Cesaria con horario establecido

FM# 1859-S Rev. 07/15