

**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)