



Ghi danh trước cho việc sinh nở

Thông tin của bệnh nhân

Ngày dự đoán sinh nở	Bác sĩ sản khoa (OB) hoặc nữ hộ sinh giới thiệu	Bác sĩ của em bé	Bác sĩ gia đình
Họ chính thức của bệnh nhân	Tên	Tên đệm	Họ của nữ danh hoặc họ đã dùng trước đây
Địa chỉ nhận thư của bệnh nhân	Thành phố	Tên đệm	Mã bưu chính
Tình trạng hôn nhân <input type="checkbox"/> Độc thân <input type="checkbox"/> Ly thân <input type="checkbox"/> Có gia đình <input type="checkbox"/> Góa <input type="checkbox"/> Ly dị	Số an sinh xã hội của bệnh nhân	Địa chỉ của bệnh nhân	Chủng tộc
Đánh dấu vào những điều sau đây nếu áp dụng cho thai kỳ này <input type="checkbox"/> Nhận con nuôi công khai <input type="checkbox"/> Nhận con nuôi bí mật <input type="checkbox"/> Mang thai hộ <input type="checkbox"/> Người mang thai hộ <input type="checkbox"/> N/A		Khuyên hướng tôn giáo của bệnh nhân	Thuộc người Bồ Đào Nha hay Châu Mỹ La-tinh? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Hãng sớ của bệnh nhân	Điện thoại	Số nội bộ	Nghề nghiệp
Địa chỉ hãng sớ	Thành phố	Tiểu bang	Mã bưu chính

Thông tin về bảo hiểm sức khỏe của người đứng tên chính trong hợp đồng bảo hiểm

Họ của người đứng tên hợp đồng	Tên	Tên đệm	Ngày sinh	Quan hệ với bệnh nhân	Giới tính
Tên công ty bảo hiểm sức khỏe chính	Số hợp đồng	Số nhóm	Điện thoại của công ty bảo hiểm		
Địa chỉ công ty bảo hiểm	Thành phố	Tiểu bang	Mã bưu chính		
Tên hãng sớ của người đứng tên hợp đồng (nếu được bảo hiểm qua hãng sớ)	Số an sinh xã hội của người đứng tên hợp đồng	Nghề nghiệp	Số điện thoại nhà hay điện thoại di động		
Số điện thoại của hãng sớ	Số nội bộ				

Thông tin về bảo hiểm sức khỏe của người đứng tên hợp đồng bảo hiểm thứ hai

Họ của người đứng tên hợp đồng	Tên	Tên đệm	Ngày sinh	Quan hệ với bệnh nhân	Giới tính
Tên công ty bảo hiểm sức khỏe thứ hai	Số hợp đồng	Số nhóm	Điện thoại của công ty bảo hiểm		
Địa chỉ công ty bảo hiểm	Thành phố	Tiểu bang	Mã bưu chính		
Tên hãng sớ của người đứng tên hợp đồng (nếu được bảo hiểm qua hãng sớ)	Số an sinh xã hội của người đứng tên hợp đồng	Nghề nghiệp	Số điện thoại nhà hay điện thoại di động		
Điện thoại của hãng sớ	Số nội bộ				

Trẻ sơ sinh được ghi danh thêm vào bảo hiểm sức khỏe của người nào? Người có bảo hiểm chính Người có bảo hiểm thứ hai Cả hai bảo hiểm chính và thứ hai

Thông tin về việc tự trả tiền

<input type="checkbox"/> Nếu không có bảo hiểm, vui lòng đánh dấu vào đây để được cấp bộ hồ sơ xin trợ cấp tài chính.	<input type="checkbox"/> Nếu không có bảo hiểm ở Oregon hoặc Washington, quý vị có đã nộp đơn xin ghi danh vào chương trình Oregon Health Plan hay chương trình Washington Medicaid không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
---	---

Phải điền phần sau đây nếu người chịu trách nhiệm cho tài khoản này không phải là bệnh nhân.

Họ (họ của cha mẹ nếu bệnh nhân là trẻ em vị thành niên)	Tên	Tên đệm	Quan hệ	Giới tính	Ngày sinh
Địa chỉ gửi thư của người chịu trách nhiệm tài chính	Thành phố	Tiểu bang	Mã bưu chính	Số điện thoại nhà	
Số an sinh xã hội của người chịu trách nhiệm tài chính	Hãng sớ của người chịu trách nhiệm tài chính	Nghề nghiệp			
Địa chỉ hãng sớ	Thành phố	Tiểu bang	Mã bưu chính	Điện thoại	Số nội bộ

Người cần được thông báo trong trường hợp cấp cứu (người hôn phối hoặc thân nhân gần nhất)

Họ (người quan hệ huyết thống gần nhất)	Tên	Tên đệm	Quan hệ	Số điện thoại nhà
Địa chỉ	Thành phố	Tiểu bang	Mã bưu chính	Số điện thoại hãng sớ hay điện thoại di động
Người khác cần được thông báo trong trường hợp cấp cứu (nếu muốn)	Quan hệ	Số điện thoại nhà		
Địa chỉ	Thành phố	Tiểu bang	Mã bưu chính	Số điện thoại hãng sớ hay điện thoại di động

Thông tin khác

Quý vị có từng là bệnh nhân của Legacy Health không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu có, số hồ sơ y khoa trước đây của quý vị có dùng tên khác hay không? Xin ghi chú _____
---	--