

CENTRA CARE Health System

Long Prairie

PREINSCRIPCIÓN Y CERTIFICADO DE NACIMIENTO

Preregistration and Birth Certificate Information

Envíe este formulario de preinscripción para el hospital en la semana 28 de su embarazo. Favor coloquelo en un sobre sellado y envíelo a esta dirección: CentraCare Health – Long Prairie, 20 Ninth Street Southeast, Long Prairie, MN 56347. Gracias.

Please send in this preregistration form to the hospital as soon as possible, but no later than week 28. Put in a stamped envelope and mail to CentraCare Health – Long Prairie, 20 Ninth Street Southeast, Long Prairie, MN 56347. Thank you.

Fecha estimada del nacimiento del bebé: _____
Estimated date of baby's birth

El apellido del bebé será: _____
Baby's last name will be

Usted quiere que el seguro social le sea ordenado al bebé al nacer. Circule: Sí No
Do you want a social security number ordered for your baby at birth? Circle: Yes No

INFORMACIÓN DE LA MADRE

MOTHER'S INFORMATION

Nombre legal de la madre: Primero: _____ Segundo: _____ Apellidos: _____
Mother's legal name: First: Middle: Last:

Dirección de la calle: _____
Street address

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
City: State: ZIP:

Dirección de correo (si es diferente a la anterior): _____ Teléfono de la casa: _____
Mailing address (if different from above): Home phone number:

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
City: State: ZIP:

Condado: _____ ¿En los límites de la ciudad? _____ Si vive fuera, nombre del municipio: _____
County: In city limits? If out of city, give township:

Estado civil: Circule: Casada Soltera Separada Divorciada Viuda
Marital status: Circle: Married Single Separated Divorced Widowed

Nombre de Soltera: _____ Lugar de Nacimiento: ciudad: _____ Estado: _____ País: _____
Maiden name: Birthplace: City: State: Country:

Fecha de Nacimiento: _____ Número de seguro social de la madre: _____
Date of birth: _____ Mother's social security number: _____

Raza/ etnicidad: Sí es Hispana : Circule: Cubana Mexicana Puerto Riqueña Otro Latino
Race/ethnicity: If Hispanic: Circle: Cuban Mexican Puerto Rican Other Latino

Idioma preferido: _____ ¿Habla Inglés? _____
Preferred language: _____ Do you speak English? _____

Educación (años): Primaria/ Secundaria (K-12): _____ Colegio: _____ Técnico: _____
Education (years): Primary/secondary (K-12): College: Technical: _____

¿Grado Completo? Circule: Asociado Bachiller Maestría Doctorado
Degree completed? Circle: Associate Bachelor Master Doctorate

Empleador: _____ Número de teléfono: _____ Dirección: _____
Employer: _____ Phone number: _____ Address: _____

Religion: _____ Lugar de Adoración: _____
Religion: _____ Place of worship: _____

Participo en el programa de nutrición WIC durante el embarazo? Circule: Sí No
Did you participate in the WIC nutritional program during this pregnancy? Circle: Yes No

Si respondio que "sí," en que mez del embarazo empezo WIC (primero, segundo, tercero,ect.)? _____
If you circled "yes," what month of the pregnancy did WIC begin (1st, 2nd, 3rd, etc.)? _____

Peso antes del embarazo: _____ Primer visita para el embarazo(mes/Día) : _____
Pre-pregnancy weight: _____ First doctor visit for pregnancy (MM/DD): _____

Usa cigarrillo? _____ En caso afirmativo, número por día: _____
Cigarette use? _____ If yes, number per day: _____

Madres solteras: ¿Usted quiere que el nacimiento sea información pública en el Palacio de Justicia? Circule: Sí No
Single mothers: Do you want the birth to be public information at the county courthouse? Circle: Yes No

Si responde que sí, el nacimiento de su bebé será listado en el periódico.
If you circled "yes," your baby's birth will be listed in the newspaper.

INFORMACIÓN DEL PADRE DEL NIÑO CHILD'S FATHER INFORMATION

Nombre del padre: Primero: _____ Segundo: _____ Apellidos: _____
Father's name: First: Middle: Last: _____

Dirección de envío (si es diferente a la anterior): _____ Teléfono de la casa: _____
Mailing address (if different from above): _____ Home phone number: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
City: State: ZIP: _____

Condado: _____ Vive usted dentro de los límites de la ciudad? _____
County: In city limits? _____

Si vive fuera, nombre del municipio _____
If out of city, give township: _____

Lugar de Nacimiento: Ciudad: _____ Estado: _____ País: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Birthplace: City: State: Country: Date of birth:

Número de seguro social del padre: _____ Estado Civil: Circule: Casado Soltero
Father's social security number: Marital status: Circle: Married Single

Raza/ Etnicidad: _____ Si Hispano: Circule: Cubano Mexicano Puerto Riqueño otro Latino _____
Race/ethnicity: If Hispanic: Circle: Cuban Mexican Puerto Rican Other Latino

Educación (años): Primaria/Secundaria (K-12) _____ Colegio: _____ Técnico: _____
Education (years): Primary/secondary (K-12): College: Technical:

Grado completo? Circule: Asociado Bachiller Maestria Doctorado
Degree completed? Circle: Associate Bachelor Master Doctorate

Empleador: _____ Número de telefono: _____ Dirección: _____
Employer: Phone number: Address:

Religión: _____ Lugar de adoración: _____
Religion: Place of worship:

INFORMACION DE PARTOS ANTERIORES

PREVIOUS BIRTH INFORMATION

Cuantos niños tiene ahora? _____ Cuántos nacieron con vida, pero ahora están muertos _____
How many children are now living? How many were born alive, but are now deceased?

Cuantos abortos/ nacimiento fetal? _____ Fecha de la última pérdida? _____
How many miscarriages/stillbirths? Date of last loss?

Fecha del nacimiento anterior (antes de este embarazo): Mes: _____ Año: _____
Date of last live birth (prior to this pregnancy): Month: Year:

INFORMACION DEL PROVEEDOR

PROVIDER INFORMATION

Su proveedor/médico: _____ Proveedor primario o familiar/médico: _____
Your provider/doctor: Primary or family provider/doctor:

Proveedor de su bebé/ médico _____
Baby's provider/doctor:

DOS CONTACTOS DE EMERGENCIA

TWO EMERGENCY CONTACTS

Nombre de la persona, o contacto: _____ Relación con el paciente: _____
Name of contact person: Relationship to patient:

Número de teléfono: _____ Número de celular: _____ teléfono del trabajo: _____
Home phone: Cell phone: Work phone:

Nombre de la persona o contacto: _____ Relación con el paciente: _____
Name of contact person: Relationship to patient:

Número de teléfono: _____ Número de celular: _____ teléfono del trabajo: _____
Home phone: Cell phone: Work phone:

ASEGURANZA
INSURANCE

Verificar el espacio correspondiente a continuación. Por favor traiga su tarjeta de seguro con usted al hospital.
Check appropriate space below. Please bring your insurance card with you to the hospital.

Medicare/seguro médico del estado: número de identificación _____

Medicare: I.D. number:

Cobertura: Circule uno A & B únicamente A únicamente B

Coverage: Circle one: A & B A only B only

Blue Cross/ Blue Shield: Nombre del titular de la póliza: _____

Blue Cross/Blue Shield: Policy holder's name:

Número de identificación/ ID: _____ Número de group: _____

I.D. number:

Group number:

MN Programas de Atención de Salud/ Asistencia Médica: Número: _____

MN Health Care Program/Medical Assistance:

Number:

Otra Aseguración:

Other Insurance:

Nombre de la compañía de seguros: _____

Name of insurance company :

Nombre del titular de la póliza: _____

Policy holder's name:

Número de póliza: _____ Número de grupo: _____

Policy number:

Group number:

Nombre de la compañía de seguros: _____

Name of insurance company :

Nombre del titular de la póliza: _____

Policy holder's name:

Número de póliza: _____ Número de grupo: _____

Policy number:

Group number: