



OBSTETRICAL PRE- ADMISSION

1225 Wilshire Blvd.
Los Angeles, CA 90017
P: 213.977.2121
TDD: 213.977.2580

산과 입원준비 신청서

출산 예정일 _____ 마지막 생리 주기 _____
산과 의사 이름 _____ 주치의 이름 _____
소아과 의사 이름 _____

환자 정보
PIH Health 내원 경험 []예 []아니오 내원시 등록 이름 _____
법적 이름 _____ 성 _____ 이름 _____ 가운데 이름 _____
주소: _____ 호수, 동, 번지 _____ 시 _____ 주 _____ 우편번호 _____
전화번호 _____ 모바일 _____
생년월일 _____ 사회보장번호(SSN) _____ 이메일 _____
기본 사용 언어 _____ 종교 _____
혼인 관계 []미혼 []기혼 []사별 []이혼 []별거
혼인전 성(姓) _____ 민족 _____ 인종 _____

긴급 연락처
이름: _____ 관계 _____
전화번호 _____ 모바일 _____

주(1차) 보험 귀하의 보험 카드나 캘리포니아주 보험 카드(Medi-Cal)의 사본을 첨부하세요
(하나를 선택하세요) []본인 []배우자 []부모 []기타 _____
이름: _____ 성 _____ 이름 _____ 가운데 이름 _____ 전화번호 _____
주소: _____ 호수, 동, 번지 _____ 시 _____ 주 _____ 우편번호 _____
생년월일 _____ 사회보장번호 (SSN) _____
주(1차) 보험사 명 _____
보험 종류 _____ 단체 _____
단체 보험의 경우, 고용주 이름 _____
확인용 전화번호 _____

부(2차) 보험
(하나를 선택하세요) []본인 []배우자 []부모 []기타 _____
이름: _____ 성 _____ 이름 _____ 가운데 이름 _____ 전화번호 _____
주소: _____ 호수, 동, 번지 _____ 시 _____ 주 _____ 우편번호 _____
생년월일 _____ 사회보장번호 (SSN) _____
부(2차) 보험사 명 _____
보험 종류 _____ 단체 _____
단체 보험의 경우, 고용주 이름 _____
확인용 전화번호 _____