



## PREINSCRIPCIÓN Y CERTIFICADO DE NACIMIENTO

### Preregistration and Birth Certificate Information

Envíe este formulario de preinscripción al hospital de CentraCare en el que dará a luz lo antes posible, a la atención de Admisiones. Asegúrese de completar este formulario antes de la semana 28 de su embarazo. También puede completar este formulario de preinscripción en MyChart. ¡Gracias!

Please send in this preregistration form to the CentraCare hospital you will be delivering at as soon as possible, attn. Admissions. Be sure to have this form completed before week 28. You also can complete this preregistration form on MyChart. 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 PACIENTE

### PATIENT'S INFORMATION

Nombre legal de la paciente: Primero: \_\_\_\_\_ Segundo: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_  
Patient'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

Lugar de Nacimiento: ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_ Nombre de Soltera: \_\_\_\_\_  
Birthplace: City: State: Country: Name on birth certificate:

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_  
Date of birth: 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 prenatal( Mes/Día) : \_\_\_\_\_ Usa Nicotina: Si No  
Pre-pregnancy weight:      First prenatal visit (MM/DD):      Nicotine use: Circle:      Yes      No

En caso afirmativo, circule: cigarrillo      masticable      vape      En caso afirmativo, número por día:  
Cigarrillo \_\_\_\_\_ masticable \_\_\_\_\_ cartuchos de vape \_\_\_\_\_  
If yes, Circle: cigarette      chew      vape      If yes, number per day: cigarettes \_\_\_\_\_ chew/dip \_\_\_\_\_ vape cartridges

Madres solteras: ¿Usted quiere que el nacimiento sea información pública en el Palacio de Justicia? Circule: Sí No  
Single parents:      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 #2 (VER MÁS INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN)**  
**PARENT #2 INFORMATION (SEE MORE INFORMATION BELOW)**

Nombre del padre #2: Primero: \_\_\_\_\_ Segundo: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_  
Parent #2 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:

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

Lugar de Nacimiento: ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_ Nombre de Soltero(a): \_\_\_\_\_  
Birthplace: City: State: Country: Name on birth certificate:

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_  
Date of birth: Social security number:

Raza/ Etnicidad: \_\_\_\_\_ Si Hispano: Circle: 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? Circle: 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 DEL PACIENTE**  
**PATIENT'S 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: \_\_\_\_\_

**OTRAS LECTURAS:**

Establecimiento de la paternidad / Departamento de Servicios Humanos de Minnesota (mn.gov),

<https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/services/child-support/programs-services/establishing-parentage.jsp>



Padres legales / Departamento de Servicios Humanos de Minnesota (mn.gov), <https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/services/child-support/programs-services/legal-fathers.jsp>



Cuando una madre está casada con alguien que no sea el padre biológico / Departamento de Servicios Humanos de Minnesota (mn.gov), <https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/services/child-support/programs-services/when-a-mother-is-married-to-someone-other-than-the-biological-father.jsp>

