WAKE COUNTY NORTH CAROLINA Human Services

FORMULARIO DE REGISTRO PARA CLASE DE PARTO

CHILDBIRTH CLASS REGISTRATION

PAL Label

Fecha de hoy: _____
Date

Nombre: _____ Fecha de su Nacimiento: _____
Name *Date of Birth*

Fecha de aliviarse: _____ Teléfono: _____ Célular: _____
Due Date *Phone*

Correo electrónico: _____
Email

¿Es este su primer bebé? ☐ **Sí** ☐ **No**

¿Cuál es el mejor horario par usted asistir a la clase de parto?

- Clase durante el Día

☐ Miércoles 10:00am – 2:00pm

Esta clase le proporcionará información sobre el proceso del Nacimiento y métodos de relajación que harán que el proceso del parto sea más fácil.

Patient MR#: _____ Assigned Staff: _____

Medicaid #: _____

(No escriba debajo de la línea Para uso de Oficina solamente.)

DO NOT WRITE BELOW THIS LINE * OFFICE USE ONLY*

SERIES / DATE: _____ **FACILITY:** _____

CLASS #	DATE	UNITS	INSTRUCTOR SIGNATURE	CREDENTIALS	DIAGNOSIS CODE
				CCE	
				CCE	

Childbirth Class S9442 1 unit equals 1 hour 5 week series – 2 units equals 2 hours / One time class – 4 units equals 4 hours

		DIAGNOSIS CODES	
Supervision of normal first pregnancy			
	State Reporting	Z34.01	Supervision of normal 1st pregnancy, first trimester
	☐ NEW	Z34.02	Supervision of normal 1st pregnancy, second trimester
	☐ EXISTING	Z34.03	Supervision of normal 1st pregnancy, third trimester
Supervision of other normal pregnancy			
	State Reporting	Z34.81	Supervision of other normal pregnancy, first trimester
	☐ NEW	Z34.82	Supervision of other normal pregnancy, second trimester
	☐ EXISTING	Z34.83	Supervision of other normal pregnancy, third trimester