

PRE-ADMISIÓN OBSTÉTRICA

Fecha de nacimiento proyectado _____ Cesárea planeada _____

Médico principal _____ Su doctor obstetra _____ Doctor de su bebé _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre legal _____ Teléfono _____
Apellido Primer nombre Segundo nombre Día Tarde

Domicilio _____
Calle Ciudad Estado Condado Código postal

Religión _____ Iglesia _____ Edad _____ Fecha de nacimiento _____

Estado civil: Soltera Casada Viuda Divorciada

Nombre de soltera _____ Ha sido paciente en este hospital en el pasado _____

Nombre que ha usado en el pasado _____

del Seguro Social _____ Oficio usual _____

Empleador _____ # de teléfono del empleador _____

Domicilio _____
Calle Ciudad Estado Condado Código postal

ESPOSO O PARIENTE MÁS CERCANO (Marque el correcto)

Nombre _____ Parentesco: _____ Teléfono _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre Día Tarde

Domicilio _____
Calle Ciudad Estado Condado Código postal

de Seguro Social _____ Oficio usual _____ Fecha de nacimiento _____

Empleador _____ # de teléfono del empleador _____

Domicilio _____
Calle Ciudad Estado Código postal

OTRO CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre _____ Parentesco _____

de teléfono de Casa _____ # de teléfono del trabajo _____

(Continúe al reverso)

INFORMACIÓN DE SU SEGURO MÉDICO

Nombre del seguro médico – Plan 1 _____ # de Póliza _____ # de grupo _____

Nombre del asegurado _____ Fecha de nacimiento _____

Si es seguro médico de grupo, nombre del empleador _____

Si es seguro médico de sindicato, de nombre y # local _____ Fecha vigente _____

¿Es requerido autorización previa? Sí No # de teléfono para verificar el seguro médico _____

Nombre del seguro médico – Plan 2 _____ # de póliza _____ # de grupo _____

Nombre del asegurado _____ Fecha de nacimiento _____

Si es seguro médico de grupo, Nombre del empleador _____

Si es seguro médico de sindicato, de nombre y # local _____ Fecha vigente _____

¿Es requerido autorización previa? Sí No # de teléfono para verificar seguro médico _____

Medi-Cal Sí No Número _____

¿Asiste a Mamá y Bebés Sanos? Sí No

Firma de la persona que lleno este formulario _____ Fecha _____

**POR FAVOR INCLUYA UNA COPIA DE SU IDENTIFICACIÓN
CON FOTO Y SU TARJETA DE MEDI-CAL**