

Formulario Pre-Inscripción (Por favor, complete todo el formulario con letra de molde)

Nombre de su médico _____ Pediatra _____

Su médico de cabecera el nombre _____

Fecha de alumbramiento estimada _____ ¿Ha sido paciente de este hospital con anterioridad? Sí No

Si lo fue, cuando _____ ¿Bajo que nombre/s? _____

Información Acerca de la Paciente

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Preferencia religiosa _____ Lugar de nacimiento _____

Últimos 4 dígitos del N° de seguro social _____ Licencia o identificación del estado de Calif. _____

Estado civil: Casada Soltera Divorciada Viuda Separada

Etnicidad: Afro-americana Caucásica Hispana Asiática Otra

Nombre de soltera _____ Nombre de soltera de la madre _____

Dirección/Apto. _____ Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____ Teléfono _____

Información Acerca del Trabajo de la Paciente

Ocupación _____ Nombre del empleador _____

Dirección del empleador _____ Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____ Teléfono _____

Información Acerca del Cónyuge

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Últimos 4 dígitos del N° de seguro social _____

Etnicidad: Afro-americana Caucásica Hispana Asiática Otra

Ocupación _____ Nombre del empleador _____

Dirección del Empleador _____ Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____ Teléfono _____

Suscriptor del Seguro / Persona Responsable

Nombre _____ Parentesco con la paciente _____

Dirección _____ Apartamento _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____ Fecha de nacimiento _____

Ocupación _____ Nombre del empleador _____

Últimos 4 dígitos del N° de seguro social _____ Otra identificación _____

Dirección del Empleador _____ Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____ Teléfono _____

Notificación en Caso de Emergencia / Familiar

Nombre _____ Parentesco con la paciente _____

Dirección _____ Apartamento _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono del trabajo _____ Teléfono de su hogar _____

Información Acerca del Seguro

Nombre de la compañía de seguro o administrador si lo hubiera _____

Dirección _____ Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____ Teléfono _____

Nombre de la persona asegurada _____ Parentesco con la paciente _____

N° de seguro social _____ N° de Póliza Grupal _____

¿Su plan médico requiere autorización para proporcionar tratamiento? Sí No

Fecha de vigencia _____ Deducible anual _____ % de cobertura _____

Compañía de seguro secundaria o administrador, si lo hubiera _____

Dirección del empleador _____ Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____ Teléfono _____

Name of insured person _____ Parentesco con la paciente _____

N° de seguro social _____ N° de Póliza Grupal _____

¿Su plan médico requiere autorización para proporcionar tratamiento? Sí No

Fecha de vigencia _____ Deducible Anual _____ % de cobertura _____

Se solicita lo siguiente para los beneficiarios de MediCal:

- N° de Identificación de MediCal _____
- Una copia de su tarjeta actual
- Identificación fotográfica

Se solicita lo siguiente para los beneficiarios de Medicare:

- N° de Medicare _____
- Una copia de su tarjeta de Medicare

Certifico que la información provista anteriormente es correcta y precisa de acuerdo a mi conocimiento.

Firma de la paciente o firma del representante de la paciente

Fecha