

Registro previo a la admisión

The BirthPlace ofrece la posibilidad de registrarse antes de la admisión, de modo que la alegría de este momento tan especial no se vea empañada por el estrés de última hora. Le recomendamos que llene y entregue este formulario de admisión previa lo antes posible durante su embarazo. Asimismo, lea y firme los formularios de condiciones de los servicios, uno para usted y otro para su bebé. Lleve a cabo los otros pasos indicados en la lista de verificación de admisión previa que figuran en la siguiente página.

Una vez que recibamos los formularios llenos, finalizaremos el proceso de admisión previa mediante el ingreso de sus datos en nuestro sistema informático y contactaremos a su compañía de seguros para confirmar su póliza. Le enviaremos un acuse de recibo después de haber recibido sus formularios.

Cuando el consultorio de su médico le mande venir a nuestro hospital una vez que comiencen los dolores del parto, vaya directamente a nuestra unidad de partos. No se olvide de traer su tarjeta del seguro médico.





Lista de verificación de admisión previa

Para llevar a cabo el proceso de admisión previa en The BirthPlace, siga todos los pasos indicados a continuación:

1. Llene el formulario de registro previo a la admisión que se adjunta. Si no ha seleccionado aún a un pediatra para su bebé, indique “TBD” (por decidirse) en el espacio contiguo a “Pediatra”.
2. Llene dos formularios de términos y condiciones de los servicios —uno para usted y otro para su bebé— y firmelos. (Si está esperando más de un bebé, debe llenar un formulario por cada bebé. Llame al departamento de admisiones del hospital para obtener formularios adicionales. Conserve la copia amarilla para sus archivos.)
3. Antes de llenar la sección referente al documento de “voluntades anticipadas” que figura en los formularios de términos y condiciones de los servicios, lea el folleto adjunto “Cómo crear un documento de voluntades anticipadas”. Esto le ayudará a entender mejor y a contestar las dos preguntas referentes al documento de voluntades anticipadas.
4. **NO RESPONDA** a las preguntas sobre “voluntades anticipadas” del formulario de su bebé. Tache las preguntas con una línea e indique “Menor de edad”.
5. Haga entrega de todos los documentos arriba indicados, junto con su formulario del seguro o una copia de la tarjeta de su seguro (ambos lados).
6. Si ha llenado un formulario de voluntades anticipadas, adjunte una copia con estos formularios.

**Llame al departamento de admisiones del hospital para obtener un formulario vigente de voluntades anticipadas. Para Ronald Reagan UCLA Medical Center, llame al (310) 267-8000 y seleccione la opción 3. Para UCLA Medical Center, Santa Mónica, llame al (424) 259-6727.*

Formulario de admisión previa (Por favor complete todo el formulario con letra de molde)

Nombre de su proveedor OB _____ Nombre del pediatra _____

Nombre de su médico de atención primaria _____ Teléfono (____) ____ - _____

Fecha prevista del parto _____ ¿Has sido paciente en este hospital antes? Sí No

Si contestó "Sí", ¿cuándo? _____ ¿Con qué nombre(s)? _____

Nacimientos esperados: 1 2 Otros Programados para su visita guiada OB: Sí No Fecha _____

Información de la paciente

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/_____

Preferencia religiosa _____ Lugar de nacimiento _____

Número de Seguro Social _____ - _____ - _____

Estado civil: Casada Soltera Divorciada Viuda Separada Compañera de vida

Pareja de hecho regular Compañera sentimental

Antecedentes étnicos: Natural de Alaska Indígena Americana Asiática: (ponga un círculo) India Asiática, China, Filipina, Indonesia, Japonesa, Coreana, Pakistaní, Taiwanesa, Tailandesa, Vietnamita, Otra

Afroamericana Indígena de las Islas del Pacífico: (ponga un círculo) Guameña o Chamorra, Indígena Hawaiana, Samoana, Otra

Caucásica Desconocida No quiso especificar

Nombre de soltera _____ Nombre de soltera de la madre _____

Dirección/Apto. _____ Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____ Teléfono (____) ____ - _____

Correo electrónico _____

Información acerca del trabajo de la paciente

Ocupación _____ Nombre del empleador _____

Dirección del empleador _____ Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____ Teléfono (____) ____ - _____

Información acerca del cónyuge/ del compañero de vida / de la pareja de hecho regular / del compañero sentimental

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/_____

Número de Seguro Social _____ - _____ - _____

Antecedentes étnicos: Afroamericano Caucásico Hispano Asiático Otro

Ocupación _____ Nombre del empleador _____

Dirección del empleador _____ Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____ Teléfono (____) ____ - _____

Suscriptor del seguro / Persona responsable (Titular de la póliza)

Nombre _____ Parentesco con la paciente _____

Dirección _____ Apto. _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono (____) ____ - _____ Fecha de nacimiento ____/____/_____

Ocupación _____ Nombre del empleador _____

Número de Seguro Social _____ - _____ - _____ Otro tipo de identificación _____

Dirección del empleador _____ Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____ Teléfono (____) ____ - _____

The BirthPlace

Números de contacto de la Oficina de Admisiones:

Santa Monica 424-259-6727 / **Westwood** 310-267-8000 Opción#3

Notificar en caso de emergencia

Nombre _____ Parentesco con la paciente _____

Dirección _____ Apto. _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono particular (____) ____ - _____ Celular (____) ____ - _____ Trabajo (____) ____ - _____

Información acerca del seguro

Nombre de la compañía de seguros o del administrador _____

Dirección del empleador _____ Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____ Teléfono (____) ____ - _____

Nombre de la persona asegurada _____ Parentesco con la paciente _____

Número de Seguro Social _____ - _____ - _____ N.º de póliza de grupo _____

¿Requiere su plan médico autorización para proporcionar tratamiento? Sí No

Identificación de miembro _____ Fecha de vigencia ____/____/_____

Plan de cobertura del recién nacido _____ Cubre A la madre Al padre Al bebé

Compañía de seguros o administrador secundarios, si hubiera

Dirección del empleador _____ Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____ Teléfono (____) ____ - _____

Nombre de la persona asegurada _____ Parentesco con la paciente _____

Número de Seguro Social _____ - _____ - _____ N.º de póliza de grupo _____

¿Requiere su plan médico autorización para proporcionar tratamiento? Sí No

Identificación de miembro _____ Fecha de vigencia _____

Plan de cobertura del recién nacido _____ Cubre A la madre Al padre Al bebé

Se solicita lo siguiente para los beneficiarios de Medi-Cal:

- N.º de identificación de Medi-Cal _____
- Una copia de su tarjeta actual
- Una identificación con fotografía

Se solicita lo siguiente para los beneficiarios de Medicare:

- Número de Medicare _____
- Una copia de su tarjeta de Medicare

Certifico que la información previa es completa y exacta a mi leal saber y entender.

_____/____/_____

Firma de la paciente o del representante de la paciente

Fecha