

CONFIDENCIAL**Formulario de pre-registro en Parto en obstetricia**

Le damos la bienvenida a Pomona Valley Hospital Medical Center. Su formulario de registro se procesará no antes de dos meses previos a su fecha probable de parto. Asegúrese de marcar todos los recuadros que correspondan. Gracias y esperamos tener la oportunidad de servirle durante su estancia por maternidad.

Fecha probable de parto: _____ Primer día de su último período menstrual: _____

Obstetra (OB): _____ Pediatra (PEDS, por sus siglas en inglés): _____

Espero un: ☐ Parto vaginal Médico de atención primaria _____

☐ Cesárea

¿Anteriormente, había sido paciente en Pomona Valley Hospital Medical Center? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, fecha de su visita más reciente: _____

NOMBRE LEGAL

Apellido: _____ Primer nombre: _____

Inicial del segundo nombre: _____

Nombre que usó en la visita anterior (en caso de ser diferente): _____

Otros nombres que usó/Nombre de soltera: _____

de Seguro Social de la paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____

Correo electrónico: _____

Domicilio particular (no utilice un # de apartado postal): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

de teléfono de contacto principal: () _____ ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Celular

Raza: _____ Grupo étnico: ☐ Hispana ☐ Otro _____

Donadora de órganos: ☐ Sí ☐ No

Estado civil legal: ☐ Casada ☐ Soltera

☐ Pareja de hecho registrada

☐ Legalmente separada ☐ Divorciada ☐ Otro: _____

Idioma materno: _____ Religión: _____ Ocupación: _____

Empleador de la paciente: _____ Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

de teléfono del empleador: () _____

Estado laboral: ☐ Tiempo completo ☐ Medio tiempo

Nombre de la persona a notificar/contacto en caso de emergencia: _____

Relación: _____

de teléfono de contacto principal: () _____ ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Celular

Continúa en la próxima página >

MÉTODO DE PAGO: ☐ Pago por cuenta propia ☐ Seguro primario ☐ Seguro secundario

PLAN DE SEGURO PRIMARIO: _____

de teléfono de la aseguradora: () _____
☐ Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) ☐ MediCal ☐ Organización de Proveedores Preferentes (PPO) ☐ Otra: _____

de autorización: _____ Fecha de vencimiento: _____

Si el seguro es con HMO-Medical Group: ☐ Alpha Care ☐ Healthcare Partners ☐ Primecare Chino Valley
☐ ProMed Pomona Valley ☐ Otro: _____

Nombre del asegurado: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

Relación con la paciente: _____

de identificación de la póliza: _____ # de grupo: _____

Domicilio particular del asegurado: _____

de teléfono: () _____

PLAN DE SEGURO SECUNDARIO: _____

de teléfono de la aseguradora: () _____ ☐ HMO ☐ MediCal ☐ PPO ☐ Otra: _____

de autorización: _____ Fecha de vencimiento: _____

Si el seguro es con HMO-Medical Group: ☐ Alpha Care ☐ Healthcare Partners ☐ Primecare Chino Valley
☐ ProMed Pomona Valley ☐ Otro: _____

Nombre del asegurado: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

Relación con la paciente: _____

de identificación de la póliza: _____ # de grupo: _____

Domicilio particular del asegurado: _____

de teléfono: () _____

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD: ☐ Sí ☐ No

Testamento en vida: ☐ Sí ☐ No

Poder notarial: ☐ Sí ☐ No ¿Quién es su apoderado? _____

Relación: _____

de teléfono: () _____ ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Celular

¿Está vacunada contra la COVID-19? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, fecha de la última dosis _____ Vacuna: ☐ Pfizer ☐ Moderna ☐ J & J

¿Está vacunada contra la influenza? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, fecha _____

“Protéjase”: Su aseguradora tal vez requiera una autorización previa para su estancia en el hospital. Recuerde verificar su plan antes de su ingreso al hospital.