

POMONA VALLEY HOSPITAL MEDICAL CENTER

Favor de usar
letra de imprenta
legible**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¿Es usted una gestante sustituta?: Sí No¿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 CelularRaza: _____ Grupo étnico: Hispana Otro _____Donadora de órganos: Sí NoEstado 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 _____

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