

# FORMULARIO DE INFORMACIÓN OBSTETRICA CONFIDENCIAL

**FAVOR DE ESCRIBIR  
EN LETRA DE MOLDE**



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO

NOMBRE DE DOCTOR: _____	FECHA DE ADMISIÓN: _____	ADMISIÓN: <input type="checkbox"/> MATERNIDAD <input type="checkbox"/> CIRUGÍA	PEDIATRA QUE ESCOGIO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  NOMBRE: _____
----------------------------	-----------------------------	---	--

¿HA SIDO TRATADO EN ESTE HOSPITAL?	<input type="checkbox"/> SI    SI ES SI - <input type="checkbox"/> NO    ESCRIBA FECHA	<input type="checkbox"/> FECHA DE HOSPITALIZACIÓN: _____	<input type="checkbox"/> FECHA DE PACIENTE AMBULATORO: _____
------------------------------------	---	--	--

NOMBRE COMPLETO: APELLIDO, \_\_\_\_\_ PRIMERO, \_\_\_\_\_ SEGUNDO \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

ESTADO MATRIMONIAL: (FAVOR DE MARCAR)	SI ES ESTUDIANTE - FAVOR DE MARCAR	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____
<input type="checkbox"/> CASADO/A <input type="checkbox"/> SOLTERO/A <input type="checkbox"/> VIUDO/A <input type="checkbox"/> DIVORCIADO/A <input type="checkbox"/> SEPARADO/A	<input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> TIEMPO PARCIAL	

APELLIDO DE SOLTERA DE LA MADRE: _____	RELIGIÓN: _____	¿DONANTE DE ORGANOS? SI OR NO ¿TIENE DIRECTRICES POR ADELANTADO? SI OR NO
--	-----------------	--

DIRECCIÓN: _____	CIUDAD: _____	ESTADO: _____	CODIGO POSTAL: _____	TÉLEFONO: _____
------------------	---------------	---------------	----------------------	-----------------

PARIENTE MÁS CERCANO/RELACIÓN/NOMBRE: _____	DIRECCIÓN: _____	CIUDAD: _____	ESTADO: _____	CODIGO POSTAL: _____	TÉLEFONO: _____
---	------------------	---------------	---------------	----------------------	-----------------

SEGUNDA PERSONA A NOTIFICAR EN CASO DE EMERGENCIA/RELACIÓN/NOMBRE: _____	DIRECCIÓN: _____	CIUDAD: _____	ESTADO: _____	CODIGO POSTAL: _____	TÉLEFONO: _____
--	------------------	---------------	---------------	----------------------	-----------------

NOMBRE DEL PACIENTE: (Si es menor de edad, el nombre del padre)	NOMBRE DEL ESPOSO/A: (Si es menor de edad, el nombre de la madre)
---	---

EMPLEADOR: _____	EMPLEADOR: _____
------------------	------------------

DIRECCIÓN DE EMPLEO: _____	DIRECCIÓN DE EMPLEO: _____
----------------------------	----------------------------

CIUDAD: _____	ESTADO: _____	CODIGO POSTAL: _____	CIUDAD: _____	ESTADO: _____	CODIGO POSTAL: _____
---------------	---------------	----------------------	---------------	---------------	----------------------

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

TÉLEFONO DE OCUPACIÓN: _____	OCUPACIÓN: _____	TÉLEFONO DE OCUPACIÓN: _____	OCUPACIÓN: _____
------------------------------	------------------	------------------------------	------------------

*FAVOR LLENAR LAS SECCIONES QUE APLIQUEN A SU/S SEGURO/S*

<b>SEGURO</b>	NÚMERO Y NOMBRE DEL GRUPO: _____	DIRECCIÓN Y TÉLEFONO: _____	NOMBRE DEL POSEEDOR DE LA PÓLIZA: _____
	NÚMERO DE CERTIFICADO _____		

<b>SEGURO</b>	NÚMERO Y NOMBRE DEL GRUPO: _____	DIRECCIÓN Y TÉLEFONO: _____	NOMBRE DEL POSEEDOR DE LA PÓLIZA: _____
	NÚMERO DE CERTIFICADO _____		

<b>MEDI-CAL</b>	MEDI-CAL NÚMERO DE IDENTIDAD _____
-----------------	------------------------------------

<b>SIN SEGURO</b> Existe la expectativa de que los pacientes que no tienen seguro paguen por los servicios previstos. Por favor llame al Asesor Financiero al 909.865.9101 para una estimación. <b>Lugar de Nacimiento:</b> _____	<b>PACIENTES DE MATERNIDAD UNICAMENTE:</b> Fecha de Nacimiento del Esposo: _____ Último Ciclo Menstrual: _____ Fecha de Parto: _____
--	---