

Por favor escriba con letra de imprenta clara, llene toda la información pedida y proporcione una copia de ambos lados de su tarjeta de seguro



Obstetra - Ginecólogo _____

Pediatra _____

Fecha probable de parto _____

Información previa a la admisión

Por favor marque en qué hospital va a tener a su bebé.

Chandler Regional Medical Center
1955 W. Frye Rd. | Chandler, AZ 85224-0051
Admitting Department
480.728.3698 | Fax: 480.728.3233

Mercy Gilbert Medical Center
3555 S. Val Vista Dr. | Gilbert, AZ 85297-7323
Admitting Department
480.728.7174 | Fax: 480.728.9622

Por favor llame a nuestro Departamento de Admisión para cualquier ayuda que pueda necesitar para llenar este Formulario de Registro con información previa a la admisión o cualquier otra pregunta que pueda tener acerca de su estadia en el hospital.

INFORMACIÓN DE LA PACIENTE

Nombre legal de la paciente (Apellido, Nombre, e inicial del segundo nombre)		Nombre anterior o de soltera
Dirección		Teléfono de casa
Calle, Ciudad, Estado, Código postal		
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Viuda	Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> No Hispanac	
Raza: <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Africanoamericana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Amerindia	<input type="checkbox"/> Otra _____	
Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Preferencia religiosa
Empleador (si está desempleada, dígalo)	Ocupación	Número telefónico del empleador
Dirección de correo electrónico/email	Dirección de correo electrónico del bebé <input type="checkbox"/> Verifica si el mismo	

Este correo electrónico se utiliza para acceder a su Portal en línea del paciente. Para obtener más información sobre el Portal del paciente, por favor visite DignityHealth.org/Patients.

INFORMAR EN CASO DE EMERGENCIA

Por favor escriba el nombre de dos personas con quienes podamos comunicarnos en caso de una emergencia.

Nombre (Apellido, Nombre, e inicial del segundo nombre)	Relación / Parentesco	Número de teléfono
Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código postal)		Fecha de nacimiento
Nombre (Apellido, Nombre, e inicial del segundo nombre)	Relación / Parentesco	Número de teléfono
Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código postal)		Fecha de nacimiento

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO

Compañía de Seguros	Número de identificación	Número de póliza / grupo
Nombre del titular de la póliza	Relación / Parentesco con el paciente	Fecha de nacimiento
Dirección de la compañía de seguros (Calle, Ciudad, Estado, Código postal)		Número de Seguro Social
Nombre del empleador y la dirección		Número de teléfono

SECONDARY INSURANCE INFORMATION

Compañía de Seguros	Número de identificación	Número de póliza / grupo
Nombre del titular de la póliza	Relación / Parentesco con el paciente	Fecha de nacimiento
Dirección de la compañía de seguros (Calle, Ciudad, Estado, Código postal)		Número de Seguro Social
Nombre del empleador y la dirección		Número de teléfono