

Formulario de Preingreso

Confidencial

Por favor complete este formulario de preingreso y devuélvalo a:

St. John's Regional Medical Center
c/o Admitting Department
1600 N. Rose Avenue, Oxnard, CA 93030



Fecha de Ingreso / Fecha anticipada del parto		Obstetra	Médico de atención primaria		Diagnosis
Tipo de ingreso: Maternidad	Fecha de parto esperada:	Tipo de Parto		<input type="checkbox"/> Parto por Cesárea <input type="checkbox"/> Parto Vaginal	Lesión relacionada con el empleo <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
¿Tiene un Voluntades Anticipadas de Atención Médica?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Miembro de Advantage		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Información del Paciente					
Nombre		Apellido		Primer Nombre	Inicial
Dirección		Calle	Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono en casa		Dirección de correo electrónico		No. de Seguro Social	Licencia de Manejo #
Estado Civil	<input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Divorciada	Fecha de Nacimiento		Estado donde nació	Sexo
Ocupación		Empleador		Fecha del empleo	Religión
<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Parte del tiempo		Teléfono del trabajo			
Domicilio Calle		Ciudad	Estado	Código Postal	
Información del Seguro Médico					
No. de Medicare (si corresponde)		Parte A (Hospital)		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Parte B (Doctor) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
PRIMARIO			SECUNDARIO		
Compañía de Seguros			Compañía de Seguros		
Domicilio			Domicilio		
Teléfono de la aseguradora			Teléfono de la aseguradora		
Número de Suscriptor / Relación con el paciente			Número de Suscriptor / Relación con el paciente		
Sexo	Fecha de Nac.	Empleador		Sexo	Fecha de Nac.
# de Grupo	# de Póliza	# de Grupo	# de Póliza		
# de Ident. del suscriptor	(traiga copia de su tarjeta del seguro)		# de Ident. del suscriptor	(traiga copia de su tarjeta del seguro)	
Notificación en caso de emergencia					
En caso de emergencia, notifique:					
Nombre		Relación		Teléfono en casa	Teléfono en el trabajo
Domicilio Calle		Ciudad	Estado	Zona Postal	
Nombre del familiar más cercano (que no viva con el paciente)					
Domicilio Calle		Ciudad	Estado	Zona Postal	
Relación		Teléfono en casa		Teléfono en el trabajo	
Información de la Persona Responsable					
Nombre		Apellido		Primer Nombre	Inicial
Domicilio Calle		Ciudad	Estado	Zona Postal	
Teléfono		No. de Seguro Social		Nombre del Cónyuge	
Empleador de la parte responsable				<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Parte del tiempo	
Teléfono del trabajo		Fecha del empleo			
Domicilio Calle		Ciudad	Estado	Zona Postal	

Se requieren todas las tarjetas de identificación de seguros y/o de Medi-Cal en el momento del ingreso o preingreso.

¿Ha recibido tratamiento anteriormente en St. John's Regional Medical Center o St. John's Pleasant Valley Hospital? Sí No

¿Es este el hospital que se le ha asignado? Yes No Si no lo es, ¿quisiera que lo fuera? Sí No

Su nuevo bebé también necesitará un doctor. ¿Quisiera usted un listado de los pediatras de calidad cerca de su casa? Sí No

Por favor indique el nombre del doctor de su bebé: _____

POR FAVOR ENVÍE ESTE FORMULARIO ANTES DE LA FECHA ESPERADA DEL NACIMIENTO.



Dignity Health
St. John's Regional Medical Center