

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	
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			
# 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