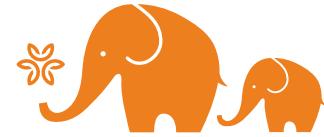


Formulario de Preingreso

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 <input type="checkbox"/> 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	Sexo
# 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
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	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.