

FORMULARIO DE PRE-ADMISIÓN

CONFIDENCIAL

Por favor complete el formulario de pre-inscripción y devuélvalo al Departamento de Admisiones de Community Hospital of San Bernardino.

Cuando usted llegue al hospital, su documentación de inscripción se encontrará completa y usted podrá concentrar sus esfuerzos en lograr un parto seguro y saludable. Todo lo que necesita hacer al momento de la admisión o pre-admisión será mostrar su identificación y las tarjetas del seguro médico.

¿Usted ha sido atendida anteriormente en Community Hospital of San Bernardino? Sí No

PACIENTE			FECHA DE PARTO
APELLIDO (PACIENTE)	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO	
DOMICILIO / DEPARTAMENTO / NÚMERO	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL	NÚMERO DE TELÉFONO / TELÉFONO CELULAR
FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	RELIGIÓN	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO
LUGAR DE NACIMIENTO	LENGUA MATERNA	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE LICENCIA DE CONDUCIR
EMPLEADOR		OCUPACIÓN	
DIRECCIÓN COMERCIAL/ EMPLEADOR	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL	NÚMERO DE TELÉFONO
MATERNIDAD			
TIPO DE ADMISIÓN			
NOMBRE DEL MÉDICO	DIRECCIÓN		NÚMERO DE TELÉFONO
CÓNYUGE			
APELLIDO (CÓNYUGE)	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL
DOMICILIO	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL	NÚMERO DE TELÉFONO/ CELULAR
FECHA DE NACIMIENTO	EMPLEADOR	CIUDAD	TELÉFONO
Avisar en caso de emergencia (persona distinta al Cónyuge)			
APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO	RELACIÓN CON EL PACIENTE
DIRECCIÓN	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL	NÚMERO DE TELÉFONO/ CELULAR
SEGURO			
SEGURO PRIMARIO	NOMBRE DE LA COMPAÑÍA	NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	RELACIÓN CON EL PACIENTE
DIRECCIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO
NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	NOMBRE DEL GRUPO/ NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN		
SEGURO SECUNDARIO	NOMBRE DE LA COMPAÑÍA	NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	RELACIÓN CON EL PACIENTE
DIRECCIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO
NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	NOMBRE DEL GRUPO/ NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN		

Por favor enviar este formulario a:
Community Hospital of San Bernardino
Admitting Department
1805 Medical Center Drive
San Bernardino, CA 92411



Dignity Health™
Community Hospital of
San Bernardino

Maternal Child Services
Servicios Materno-Infantil