

INFORMACIÓN PREVIA A LA ADMISIÓN



3000 Coral Hills Drive
Coral Springs, Florida 33065
Teléfono: 954-344-3226 • Fax: 954-344-3307

Fecha de hoy _____

Fecha prevista para el parto _____

Médico que lo admitió _____

Sección C _____

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

Nombre del paciente _____
APELIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE INICIAL

Apellido de soltera o nombre anterior del paciente _____
APELIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE INICIAL

Dirección permanente _____ Apartamento # _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono _____ Propietario o alquila _____ ¿Cuánto tiempo? _____

Dirección local (si es diferente a la dirección permanente) _____ Apartamento # _____

Ciudad _____ Código postal _____ Número de teléfono _____

Estado civil _____ Edad _____ Fecha de nacimiento _____

Lugar de nacimiento _____ ¿Ha sido admitido anteriormente a este hospital? _____ ¿Cuándo? _____

¿Bajo qué nombre fue admitido anteriormente? _____

Religión _____ Iglesia _____

Nombre y dirección del empleador _____

Ocupación _____ Teléfono _____ # de Seguro Social _____

INFORMACIÓN SOBRE EL CONYUGUE/FAMILIAR/PARIENTE CERCANO

Nombre _____ Relación _____ No. de SS _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____ Apartamento # _____ Ciudad _____ Código postal _____

Teléfono de casa _____ Teléfono del trabajo _____ Ocupación _____

Nombre y dirección del empleador _____ Nombre de la persona a contactar

en caso de emergencia, de no encontrarse la persona mencionada arriba _____

Relación/Teléfono _____

INFORMACIÓN FINANCIERA

Persona responsable de esta factura _____ Relación _____

Dirección _____ Teléfono _____

Nombre y dirección del empleador _____

Ocupación _____ ¿Cuánto tiempo? _____ Teléfono _____

Número de Seguro Social de la persona responsable _____

Sírvase voltear la página y llenar el revés de la hoja. Gracias.

INFORMACION SOBRE EL SEGURO

Nombre del seguro principal _____

Compañía con la que mantiene el seguro _____

Nombre del titular de la póliza _____ Relación con el paciente _____

Dirección de la compañía de seguro _____

Número de la póliza _____ Número de Grupo _____

Número de teléfono de la compañía de seguro _____

Nombre del seguro secundario _____

Compañía con la que mantiene el seguro _____

Nombre del titular de la póliza _____ Relación con el paciente _____

Dirección de la compañía de seguro _____

Número de la póliza _____ Número de Grupo _____

Número de teléfono de la compañía de seguro _____

¿Estará el bebé cubierto por el mismo seguro de la madre? Sí No

En caso de no poder suministrar ninguna información de seguro, sírvase ponerse en contacto de inmediato con nuestras oficinas a fin de hacer los arreglos necesarios para el pago. Si tiene cobertura de seguro, anexe a esta planilla una fotocopia del FRENTE y REVES de las tarjetas de seguro antes de enviárnosla de vuelta. Para aclarar cualquier duda que tenga sobre su preinscripción, no dude en ponerse en contacto con la oficina de admisiones por el teléfono 344-3226.