

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 APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE INICIAL

Apellido de soltera o nombre anterior del paciente. APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE INICIAL

Dirección permanente Apartamento #

Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono Propietario o alquila ¿Cuánto tiempo? Apartamento #

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 enviármola 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.