

REGISTRÓ DE PRE-INGRESO A OBSTETRICIA

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha del parto: _____ Fecha de la última menstruación: _____

INFORMACIÓN DE LA PACIENTE

Nombre de la paciente: _____ Apellido de soltera: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____ Teléfono de la casa: _____

Raza/Origen étnico: _____ Estado civil: Soltera Casada Divorciada Viuda

Dirección postal: _____ Email: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

INFORMACIÓN DEL EMPLEO DE LA PACIENTE

Situación laboral: Tiempo completo Medio tiempo Desempleada Estudiante

Lugar de trabajo/Escuela: _____ Ocupación: _____

Dirección del lugar de trabajo: _____ Teléfono del trabajo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL MÉDICO

Médico a cargo del ingreso al hospital: _____ Médico de atención primaria: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL GARANTE (PERSONA RESPONSABLE DE LAS CUENTAS)

Nombre: _____ Relación con la paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____ Teléfono de la casa: _____

Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a)

Dirección postal: _____ Núm. de Apt.: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

INFORMACIÓN DEL TRABAJO DEL GARANTE

Situación laboral: Tiempo completo Medio tiempo Desempleada Estudiante

Lugar de trabajo/Escuela: _____ Ocupación: _____

Dirección del lugar de trabajo: _____ Teléfono del trabajo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

FAMILIAR/PARIENTE MÁS CERCANO

Nombre: _____ Relación con la paciente: _____

Teléfono de la casa: _____ Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a)

Dirección postal: _____ Núm. de Apt.: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Lugar de trabajo: _____ Teléfono del lugar de trabajo: _____

INFORMACIÓN MISCELÁNEA

Denominación: _____ Parroquia/Iglesia/Sinagoga/Templo: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO

Nombre de la compañía aseguradora: _____ Nombre del plan: _____
Nombre del asegurado: _____ Relación de la paciente con el asegurado: _____
Número de Seguro Social del asegurado: _____
Sexo del asegurado: Masculino Femenino _____ Fecha de nacimiento del asegurado: _____
Núm. de póliza: _____ Núm. de grupo: _____
Nombre del grupo: _____
Dirección postal para reclamos: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono para certificación/autorización previa: _____ Teléfono para beneficios: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO

Nombre de la compañía aseguradora: _____ Nombre del plan: _____
Nombre del asegurado: _____ Relación de la paciente con el asegurado: _____
Número de Seguro Social del asegurado: _____
Sexo del asegurado: Masculino Femenino _____ Fecha de nacimiento del asegurado: _____
Núm. de póliza: _____ Núm. de grupo: _____
Nombre del grupo: _____
Dirección postal para reclamos: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono para certificación/autorización previa: _____ Teléfono para beneficios: _____

Informe a su compañía aseguradora acerca de los requisitos de certificación previa. Dejar de cumplir con los requisitos de certificación previa puede dar como resultado una multa de reducción del pago. Informe a su compañía aseguradora acerca de su ingreso inminente al hospital.

INFORMACIÓN SOBRE EL MÉDICO QUE ATENDERÁ AL RECIÉN NACIDO

*****DEBE ELEGIR A UN MÉDICO PARA SU BEBÉ ANTES DE SU INGRESO AL HOSPITAL*****

Es muy importante asegurarse de que su pediatra/médico familiar sea miembro de un plan médico que le permita ejercer en el hospital del Baylor Scott & White Medical Center – Lakeway.

Después de eso, póngase en contacto con su pediatra o médico familiar seleccionado antes de su ingreso al hospital para asegurarse de que él/ella esté aceptando actualmente nuevos pacientes.

Esté preparado para proporcionar a Baylor Scott & White Medical Center – Lakeway el nombre del médico que haya elegido para que atienda a su bebé.

Nombre del médico: _____ Núm. de teléfono: _____
Fecha en que le notificó a este médico: _____

Envíe de inmediato este formulario por fax o por correo postal a:

Baylor Scott & White Medical Center – Lakeway
Attention: Pre Registration
100 Medical Parkway
Lakeway, TX 78738
Phone: (512) 571-5129
Fax (512) 571-5135