Memorial
Hospital of South Bend®

Pre-Admission Form
Registro de Pre-Admisión

Por favor, llene el formulario con la siguiente información. Devuelva este formulario lo antes posible para admisiones generales. Si esto es una admisión para maternidad, devuelva este formulario 3 meses antes de su fecha de parto.

Solo Para Uso De La Oficina
Diagnóstico_____
Departamento_____
I CD-9_____

Habitación preferida: *Haremos todo lo posible para asignarle el tipo de habitación deseado.*

☐ Semi-privado ☐ Privado ☐ Maternidad

Fecha esperada de admisión/parto:_____/_____/_____
Mes Dia Año

Medico de Admisión:_____

Medico Tratante:_____

☐ Paciente hospitalizado ☐ Paciente externo

Pediatra será Dr.: _____

Por favor, llene todos los espacios debajo

Información del Paciente

Apellido del Paciente (como aparece en su póliza de seguros) | Primer nombre | Inicial | Teléfono | # de Seguro Social

Calle o Avenida | Ciudad | Estado | Código Postal | Edad | Fecha de Nacimiento | Sexo: ☐ F ☐ M

__S __C __V __D
Estado Civil | Religión | Iglesia/Sinagoga (Nombre & Ciudad) | ☐ Sí ☐ No Servicio Militar

Admisiones previas (Hospitales/Hospicios) | Ciudad | Fecha (s) | Su nombre en aquel momento

Empleador del Paciente | Dirección del Empleado | Teléfono

Raza: ☐ Hispano ☐ Asiático ☐ Negro ☐ Blanco ☐ Indio Americano/Nativo de Alaska ☐ Otro

Por favor, en caso de emergencia notifique a

Nombre | Dirección, Ciudad y Estado | Código postal | Teléfono | Relación al paciente

Información del Seguro

Seguro/HMO – Principal

Empleador | Dirección del Empleador | Teléfono

Nombre del Empleado | Fecha de Nacimiento | Relación a al Paciente | Nombre, Teléfono y Dirección de la compañía de Seguros

Número de Póliza | Número del Grupo | ☐ Sí ☐ No Cobertura Familiar | # de Seguro Social del Asegurado

Seguro/HMO – Secundario

Empleador | Dirección del Empleador | Teléfono

Nombre del Empleado | Fecha de Nacimiento | Relación al Paciente | Nombre, Teléfono y Dirección de la compañía de Seguros

Número de Póliza | Número del Grupo | ☐ Sí ☐ No Cobertura Familiar | # de Seguro Social del Asegurado

Champus

Nombre del Patrocinador | Dirección de la Estación de Servicio Militar Activo | ¿Ha obtenido la forma de no Disponibilidad? ☐ Sí ☐ No

Rango/Grado | Rama de Servicio | # Seguro Social del Patrocinador | Categoría o Estatus de Identificación de Departamento | Fecha de vigencia | Fecha de expiración

¿Es su Admisión el resultado de un accidente? ☐ Sí ☐ No

Fecha del Accidente:_____

¿Ha usted solicitado algún tipo de asistencia? ☐ Sí ☐ No ¿Que tipo de asistencia?_____

_____
Firma del asegurado

Fecha ___/___/___
Mes Dia Año

_____
Firma del Paciente si no es el asegurado

Fecha ___/___/___
Mes Dia Año

Revised 02/04