

Complete y envíe el formulario a Registro de Pacientes antes de la fecha en que debe ingresar al hospital.

ADJUNTE UNA COPIA DE SUS TARJETAS VIGENTES DE SEGURO O LLÉVELAS CON USTED PARA SU ADMISIÓN

Departamento de Registro de Pacientes: Los Gatos 408-866-4062

REGISTRO DE PREAMISIÓN

INFORMACIÓN DEL PACIENTE											
Fecha de ingreso al hosp	Médico	Maternidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Médico de cuidado primario (PCP)	Fecha de Parto / /	Nombre de Soltera: Nombre Anterior:		Fecha Aproximada Última Atención	Autorizo al hospital a verificar mis beneficios de seguro para este servicio de hospital. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Firma			
Nombre legal del Paciente (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)				Lugar de Nacimiento	Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo	Estado Civil	Preferencia Religiosa	Número de Seguro Social	
Dirección del Paciente							Dirección de Correo Electrónico		Teléfono Particular del Paciente		
Empleador del Paciente		Ocupación		Dirección Laboral del Paciente (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)				Teléfono Laboral del Paciente			
Contacto en Caso de Emergencia		Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)				Teléfono Particular		Teléfono Laboral		Relación con el Paciente	
Nombre de la persona responsable de la factura del hospital (si no es la paciente)			Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)				Teléfono Particular		Relación con el Paciente		
Etnia <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> No hispana		Idioma Principal Hablado:		Raza <i>El Estado exige al hospital que recopile información estadística sobre la Raza y Etnia. Brindar esta información es voluntaria.</i> <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo Estadounidense/Esquimal <input type="checkbox"/> Otra							
SEGURO PRIMARIO		INFORMACIÓN SOBRE LA COBERTURA DEL SEGURO					ESTADO DE EMP: <input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> DISCAPACITADO <input type="checkbox"/> RETIRADO				
Nombre de la Compañía de Seguro		Número de Identificación		Número Grupal	Nombre de la Persona Asegurada		Sexo de la Persona Asegurada	Empleador de la Persona Asegurada		Teléfono Laboral	
Fecha de Nacimiento de la Persona Asegurada		Número de Seguro Social de la Persona Asegurada		Relación del Paciente con la Persona Asegurada		Número de Autorización		Número de Teléfono de Verificación del Seguro			
SEGURO SECUNDARIO O SUPLEMENTARIO											
Nombre de la Compañía de Seguro		Número de Identificación		Número Grupal	Nombre de la Persona Asegurada		Sexo de la Persona Asegurada	Empleador de la Persona Asegurada		Teléfono Laboral	
Fecha de Nacimiento de la Persona Asegurada		Número de Seguro Social de la Persona Asegurada		Relación del Paciente con la Persona Asegurada		Número de Autorización		Número de Teléfono de Verificación del Seguro			
LESIÓN LABORAL											
Empleador en el Momento de la Lesión		Dirección del Empleador (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)					Teléfono Laboral del Empleador		Fecha de la Lesión		
Nombre del Seguro Industrial		Dirección del Seguro Industrial (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)					Número de Teléfono del Seg. Ind.		Número de Reclamación (si lo sabe)		
CHAMPUS											
El paciente es: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Retirado/a		Número de Tarjeta	Fecha de Vigencia	Fecha de Vencimiento	Nombre del Patrocinador (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)			Número de Servicio		Grado	
Número de Seguro Social		Organización y Lugar de Destino (Puerto Base/Dirección de Retirado/a)			Rama de Servicio <input type="checkbox"/> EE. UU. <input type="checkbox"/> FF.AA. de EE. UU. <input type="checkbox"/> Marines de EE. UU. <input type="checkbox"/> Marina de EE. UU. <input type="checkbox"/> Guardia Costera de EE. UU. <input type="checkbox"/> Servicio de Salud Pública de EE. UU. <input type="checkbox"/> EESA				Estado: <input type="checkbox"/> Servicio Activo <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Fallecido		