

Patient Registration Department: Los Gatos 408-866-4062

PRE-ADMISSION RECORD / REGISTRO DE PREADMISIÓN

INFORMACIÓN DEL PACIENTE												
Fecha de ingreso al hospital	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 Médica	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 del empleador del Paciente (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)						Teléfono del empleador del Paciente		
Contacto en Caso de Emergencia		Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)				Teléfono Particular		Teléfono del empleador		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 de Grupo		Nombre		Sexo		Empleador		Teléfono del empleador
Fecha de Nacimiento		Número de Seguro Social		Relación con Paciente		Número de Autorización			Número de Teléfono de Verificación del Seguro			
SEGURO SECUNDARIO O SUPLEMENTARIO DE LA PERSONA ASEGURADA												
Nombre de la Compañía de Seguro		Número de Identificación		Número de Grupo		Nombre		Sexo		Empleador		Teléfono del empleador
Fecha de Nacimiento		Número de Seguro Social		Relación con el Paciente		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 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		Vigencia / /	Vencimiento / /	Nombre del Patrocinador (Apellido, Nombres)			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"/> Guardia Costera de EE. UU.			<input type="checkbox"/> FF.AA. de EE. UU. <input type="checkbox"/> Marines de EE. UU. <input type="checkbox"/> Marina de EE. UU.			Estado: <input type="checkbox"/> Servicio Activo <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Fallecido		