

Devuelva lo siguiente:

- Copia de las tarjetas de seguro (anverso y reverso)
- Fotocopia de la identificación del paciente (anverso y reverso)
- Formulario de admisión previa completado



Formulario de admisión previa a Maternidad

Complete y devuelva durante 2º semestre de embarazo. ¿Tiene alguna pregunta? Llame al 847.618.4580 (Admisión de paciente ambulatorio – Busse Center)

Nombre del médico: _____ Fecha de parto: _____ / _____ / _____

Número de teléfono del médico: _____ ¿Es su primer embarazo? Sí No Fecha de la última menstruación _____

Parto de bebé único Parto múltiple _____ Parto vaginal Cesárea No sabe

INFORMACIÓN DEL PACIENTE												
Nombre del paciente:		Apellido		Primer nombre		inicial del segundo nombre		Nombre de soltera		Teléfono particular:		
Celular:												
Dirección:		Calle			Ciudad			Estado		Código postal		Condado
Fecha de nacimiento:		Lugar de nacimiento: Ciudad, estado		Edad:	Raza: <input type="checkbox"/> Latina <input type="checkbox"/> No latina		Origen étnico: <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Hawaiano o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra			Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Viuda		
Religión: <input type="checkbox"/> Bautista <input type="checkbox"/> Budista <input type="checkbox"/> Católica <input type="checkbox"/> Cristiana <input type="checkbox"/> Episcopal <input type="checkbox"/> Hindú <input type="checkbox"/> Testigo de Jehová <input type="checkbox"/> Judía <input type="checkbox"/> Luterana <input type="checkbox"/> Metodista <input type="checkbox"/> Mormona <input type="checkbox"/> Musulmana <input type="checkbox"/> Presbiteriana <input type="checkbox"/> Protestante <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Sin preferencia						Lugar de culto:						
Empleador:						Situación laboral: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Desempleada			¿Durante cuánto tiempo?			
Dirección del empleador: (si corresponde)						Teléfono del trabajo:						
Contacto de emergencia n.º 1:			Relación con el paciente:		Dirección:			Número de teléfono:				
Contacto de emergencia n.º 2:			Relación con el paciente:		Dirección:			Número de teléfono:				

Para ayudarnos a procesar sus documentos de pre-admisión, certificado de admisión y diligenciar el seguro médico después de su hospitalización, complete la siguiente información y adjunte una copia del anverso y reverso de todas las tarjetas de seguro médico.
 Gracias.

INFORMACIÓN DEL SEGURO									
Nombre de la compañía de seguros principal:		Nombre del titular de la póliza:		Fecha de nacimiento del titular de la póliza:					
Número de identificación de la póliza:			Número de grupo de la póliza:		Número de teléfono de la compañía de seguros:				
Empleador del titular de la póliza:			Número de teléfono del empleador:		Ciudad y estado del empleador:				
Dirección de envío de reclamaciones médicas:		Calle		Ciudad		Estado		Código postal	
Nombre de la compañía de seguros secundaria:		Nombre del titular de la póliza:		Fecha de nacimiento del titular de la póliza:					
Empleador del titular de la póliza:			Número de teléfono del empleador:		Ciudad y estado del empleador:				
Número de identificación de la póliza:			Número de grupo de la póliza:		Número de teléfono de la compañía de seguros:				
Dirección de envío de reclamaciones médicas:		Calle		Ciudad		Estado		Código postal	

Firma del paciente _____

Fecha _____