



## Información necesaria para la admisión

30 días antes de su fecha prevista de parto, vaya a la Admitting Office (Oficina de admisiones) del Redlands Community Hospital para firmar los formularios de consentimiento.

Escriba de manera legible su NOMBRE LEGAL como aparece en su licencia de conducir (no su apodo).

FECHA PREVISTA DE PARTO \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Gemelos S/N Madre sustituta S/N

Nombre de la paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono del domicilio (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Preferencia religiosa \_\_\_\_\_ Iglesia a la que está afiliada \_\_\_\_\_ N.º de Seguro Social \_\_\_\_\_

N.º de licencia de conducir \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Farmacia preferida: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Calle: \_\_\_\_\_

Soltera / Casada / Divorciada / Separada / Viuda Raza: \_\_\_\_\_ Origen étnico: \_\_\_\_\_

(Marque una opción con un círculo)

Médico principal: \_\_\_\_\_ Obstetra: \_\_\_\_\_ Pediatra: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ A tiempo parcial O a tiempo completo \_\_\_\_\_

**Seguro primario:** \_\_\_\_\_ N.º de póliza/N.º de ID del miembro \_\_\_\_\_

N.º de grupo \_\_\_\_\_ Nombre del abonado: \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento de los abonados: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ N.º de Seguro Social de los abonados \_\_\_\_\_

Empleador de los abonados: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

**Seguro secundario:** \_\_\_\_\_ N.º de póliza/N.º de ID del miembro \_\_\_\_\_

N.º de grupo \_\_\_\_\_ Nombre del abonado: \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento de los abonados: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ N.º de Seguro Social de los abonados \_\_\_\_\_

Empleador de los abonados: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

**Persona que tomará las decisiones médicas en caso de que usted no pueda hacerlo:**

**2<sup>do</sup> contacto en caso de emergencia:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

N.º de teléfono \_\_\_\_\_

N.º de teléfono \_\_\_\_\_

Parentesco con usted: \_\_\_\_\_

Parentesco con usted: \_\_\_\_\_