

Forma de Preadmisión de Maternidad

Favor de llenar y devolver esta forma inmediatamente.

SHARP

Información del Paciente

Nombre del paciente _____ # de seguro social _____
Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

¿Es Ud. veterana de los servicios militares de E.U.? Sí No

¿Ha sido paciente de Sharp? _____ Si la respuesta es sí, indique cuándo _____

¿Bajo qué nombre? _____ Fecha de nacimiento _____ Lugar de nacimiento _____

Apellido de soltera _____ Estado civil _____

Dirección _____ ¿Por cuánto tiempo ha vivido allí?
Calle _____ Apto/Unidad _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

de teléfono _____ ¿A qué raza pertenece?
Casa _____ Celular _____

de licencia de conducir _____ Estado _____

Ocupación _____ Nombre del empleador _____

Dirección de su empleo _____
Calle _____ Apto/Unidad _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

de teléfono _____ ¿Por cuánto tiempo? _____ Correo electrónico _____ Religión _____

Persona para avisar en caso de emergencia _____ Parentesco _____

de teléfono _____
Casa _____ Celular _____

Tiene instrucciones de voluntad anticipada para decisiones de su atención médica, Y/O un testamento vital? Sí No

Si las tiene, por favor mandar una copia.

Información Sobre Otro Padre o Tutor Legal del Bebé

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____
Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

Dirección _____ # de seguro social _____
Calle _____ Apto/Unidad _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

de teléfono _____ Ocupación _____
Casa _____ Celular _____

Nombre del empleador _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

Dirección de su empleo _____
Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

de teléfono _____

Información de Admisión

¿Cuál es su fecha de parto? _____ ¿Quién es su obstetra? _____

¿Quién es su doctor de atención primaria? _____ ¿Quién es el pediatra de su bebé? _____

¿Es un embarazo por subrogación? Sí No

Información de Su Seguro Médico

¿Es Ud. menor de 26 años y tiene seguro médico por medio de un parente/madre o tutor legal? Sí No

Nombre de su seguro médico principal _____ Nombre de su seguro médico secundario _____

de teléfono _____ # de teléfono _____

de póliza _____ # de grupo _____ # de póliza _____ # de grupo _____

de miembro _____ Fecha de inicio _____ # de miembro _____ Fecha de inicio _____

Nombre en la póliza _____ Nombre en la póliza _____

Nota: Favor de enviar copias (del frente y el reverso) de sus tarjetas de seguro médico.