



POR FAVOR DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETO A ADMISIONES
EMAIL:OBPREREGISTRATION@HILLCOUNTRYMEMORIAL.ORG
ENTREGA O FAX (830) 997-1401
60 DIAS ANTES DE LA FECHA DE SU PARTO.

Main Admissions Dept.
 1020 S State Hwy 16, Fredericksburg, Texas 78624
 (830) 997-1301

FORMULARIO DE PRE INSCRIPCION DE OBSTETRICIA

INFORMACIÓN DE VISITA AL HOSPITAL INFORMACIÓN REQUERIDA

Médico Familiar Nombre y Apellido	
Nombre y Apellido del Médico que dio la orden:	
*Fecha programada:	<i>(Fecha prevista debe ser de al menos 2 días hábiles en el futuro)</i>

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Primer Nombre:	Inicial del Segundo Nombre:	Apellido:	
Número de Seguro Social:	* Fecha de Nacimiento:		
*Raza: <input type="radio"/> Afro Americano / Negro <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Caucásico Nativo Americano <input type="radio"/> de Alaska Islas del Pacífico <input type="radio"/> Otros:			
*Etnicidad: <input type="radio"/> Hispano/Latino o Español <input type="radio"/> NO , Hispano/Latino o Español	*Idioma de preferencia:	Religion:	
*Estado Civil: <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Companero de vida <input type="radio"/> Legalmente separado			
*Direccion		*Ciudad:	
*Estado		*Codigo Postal	
*Telefono de casa		Telefono alternativo	
*Esta actualmente trabajando <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		*Si la respuesta es Si Nombre del empleador:	

INFORMACION DEL PARIENTE MAS CERCANO Si el pariente mas cercano tiene direccion internacional

*Primer Nombre:	Apellido:	Segundo Nombre:
Misma direccion del paciente? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		
*Direccion	*Ciudad:	
*Estado	*Codigo Postal	
*Telefono de casa	Telefono alternativo	
*Relacion con el paciente:		

NOTIFICAR EN CASO DE EMERGENCIA Igual que paciente mas cercano

*Primer Nombre:	Apellido:	Segundo Nombre:
Misma direccion del paciente? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		Contacto de emergencia tiene direccion internacional? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
*Direccion	*Ciudad:	
*Estado	*Codigo Postal	
*Telefono de casa	Telefono alternativo	
*Relacion con el paciente:		



POR FAVOR TRAER A ADMISIÓN O ENVIE POR FAX (830) 990-2833
60 DIAS ANTES DE LA FECHA DE SU PARTO.

Main Admissions Dept.
1020 S State Hwy 16, Fredericksburg, Texas 78624
(830) 997-1301

FORMULARIO DE PRE INSCRIPCION DE OBSTETRICIA

INFORMACION DE SEGURO

El paciente tiene seguro actualmente	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
--------------------------------------	--------------------------	--------------------------

INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSABLE

Quien es la Persona Responsable?	<input type="radio"/> Paciente	<input type="radio"/> Esposo o Esposa	<input type="radio"/> Depende	<input type="radio"/> Padre/Guardian
----------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------	--------------------------------------

INFORMACION DE SEGURO

*Primario:	Secudario:
Poliza #:	Poliza #:
Grupo #:	Grupo #:
Suscriptor: (si es diferente que el paciente)	Suscriptor: (si es diferente que el pacient)
Fecha de Nacimiento/Numero de seguro social	Fecha de Nacimiento/Numero de seguro social

Favor de enviar copia de su tarjeta de seguro – Frente y Reverso

NOTIFICACION DE CORREO ELECTRONICO:

Al paciente le gustaria recibir notificaciones por correo electronico ?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Correo Electronico:
---	--------------------------	--------------------------	---------------------

COMENTARIOS ADICIONALES: