



**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"/> <b>NO</b> , 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:**