

Pre-Admission Form/Información de Pre-Admisión



PATIENT INFORMATION/INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Legal Last Name Apellido	First Name Nombre	Middle Name Segundo Nombre	
Phone () Teléfono	Social Security Number Número de Seguro Social	Sex <input type="checkbox"/> Male/H Sexo <input type="checkbox"/> Female/M	
Mailing Address Dirección	City Ciudad	State Estado	Zip Code Zona Postal
Date of Birth Fecha de Nacimiento	Birth Place Lugar de Nacimiento	Marital Status Estado Civil	
Occupation Ocupación	Employer Empresa de trabajo	Phone () Teléfono	Ext.
Business Address Dirección de Trabajo			
City Ciudad	State Estado	Zip Code Zona Postal	Religious Preference Religión
<p>Federal law requires the Medical Center to ask all patients if they have completed an Advanced Directive Form and to provide information about their rights to make health care decisions. If you have completed an Advanced Directive Form, please bring a copy when you are admitted to the hospital. Do you have an Advanced Directive Form?</p> <p>La ley Federal requiere que el hospital pregunte a todos sus pacientes si han llenado una forma llamada Advanced Directive Form y también proveer información sobre sus derechos para hacer decisiones sobre su Cuidado De Salud. Si Ud. ha completado la forma Advanced Directive, por favor traigala cuando sea ingresada al hospital. ¿Tiene la forma Advanced Directive?</p>			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

HEALTH PLAN INFORMATION (Please bring health plan cards and claim forms at time of admission.)

INFORMACIÓN DEL PLAN DE SALUD (Por favor traiga sus tarjetas del seguro cuando venga al hospital.)

Medicare Number Número de Medicare	Medi-Cal Number Número de Medi-Cal		
Primary Insurance Seguro Principal	Policy Number Número de Poliza	Group Number Número de Grupo	
Insurance Co. Address Dirección del Seguro	City Ciudad	State Estado	Zip Code Zona Postal
Name of Policy Holder - Last Persona Asegurada - Apellido	First Name Nombre	Date of Birth Fecha de Nacimiento	
Policy Holder Social Security Number Número de Seguro Social de la Persona Asegurada	Relation Parentezco		
Secondary Insurance Seguro Secundario	Policy Number Número de Poliza	Group Number Número de Grupo	
Insurance Co. Address Dirección del Seguro	City Ciudad	State Estado	Zip Code Zona Postal
Name of Policy Holder - Last Persona Asegurada - Apellido	First Name Nombre	Date of Birth Fecha de Nacimiento	
Policy Holder Social Security Number Número de Seguro Social de la Persona Asegurada	Relation Parentezco		
Hospital stay within the last 10 days and Hospital name Estancia en hospital durante los últimos 10 días y nombre de Hospital		Discharge Date Fecha de Salida	

ADMISSION INFORMATION/INFORMACIÓN DE INGRESO/ADMISIÓN

Scheduled Admission Date Fecha de Ingreso/Entrega Programada	Due Date (if pregnant) Fecha de Espera del Bebé	Date of Last Menstrual Period Fecha de Última Menstruación
Name of your Physician OR Clinic Nombre de su Doctor/Clinica	Name of Pediatrician Nombre de su Pediatra	

GUARANTOR *(Person responsible for payment if other than patient/Persona responsable del pago si no es el paciente)*

Last Name Apellido	First Name Nombre	Relation Parentezco	Phone Teléfono ()	
Address Dirección		City Ciudad	State Estado	Zip Code Zona Postal

SPOUSE OR NEAREST LIVING RELATIVE/ESPOSO O FAMILIAR MÁS CERCANO

Last Name Apellido	First Name Nombre	Relation Parentezco	Phone Teléfono ()	
Mailing Address Dirección		City Ciudad	State Estado	Zip Code Zona Postal
Social Security Number Número de Seguro Social		Date of Birth Fecha de Nacimiento		
Occupation Ocupación	Employer Empresa de trabajo		Phone Teléfono ()	
Business Address Dirección de Trabajo		City Ciudad	State Estado	Zip Code Zona Postal

IN CASE OF EMERGENCY- Person other than nearest relative/EN CASO DE UNA EMERGENCIA- Otra persona, que no sea su familiar más cercano

Last Name Apellido	First Name Nombre	Relation Parentezco	Phone Teléfono ()	
Address Dirección de Trabajo		City Ciudad	State Estado	Zip Code Zona Postal