

INFORMACIÓN DE REGISTRO EN OBSTETRICIA

INFORMACIÓN DE LA PACIENTE *En letra de molde*

Devuelva con prontitud

Nombre de la paciente (Apellido, Nombre, Inicial)		Nombre anterior, p.ej. nombre de soltera		Fecha de nacimiento (mes, día, año)	No. Seguro Social
Dirección de la paciente (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)				No. de Teléfono ()	Condado
Estado matrimonial <input type="checkbox"/> Nunca casada <input type="checkbox"/> Viuda	<input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Divorciada	Religión	Iglesia	Raza <input type="checkbox"/> India americana o Nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática o Islas del Pacífico	Origen étnico <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> De origen no hispano

AVISO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre (Apellido, Nombre, Inicial)	Relación con la paciente	No. de Teléfono domicilio ()	No. de Teléfono trabajo ()
Nombre (Apellido, Nombre, Inicial)	Relación con la paciente	No. de Teléfono domicilio ()	No. de Teléfono trabajo ()

PERSONA RESPONSABLE DE LA CUENTA

Nombre (Apellido, Nombre, Inicial)	Relación con la paciente	No. de Teléfono domicilio	Persona a quien contactar sobre la cuenta mientras está en el hospital <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Persona responsable
Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)		¿Es la paciente, cónyuge, o padres veterano de Wisconsin? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está pidiendo Asistencia Médica de Wisconsin la paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

INFORMACIÓN DE EMPLEO 1 *(Paciente o padres de menor o dependiente)*

Nombre del empleado	Relación con la paciente	EMPLEO <input type="checkbox"/> Jornada completa <input type="checkbox"/> Empleado independiente <input type="checkbox"/> Jornada parcial <input type="checkbox"/> No está empleado <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> Servicio militar activo	JUBILADO <input type="checkbox"/> Fecha jubilación <input type="checkbox"/> Otro	Ocupación
Nombre del empleador	Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)		No. de Teléfono ()	
Estudiante <input type="checkbox"/> Estudiante tiempo completo <input type="checkbox"/> Estudiante tiempo parcial				

INFORMACIÓN DE EMPLEO 2 *(Cónyuge o padres de la paciente si es dependiente)*

Nombre del empleado	Relación con la paciente	EMPLEO <input type="checkbox"/> Jornada completa <input type="checkbox"/> Empleado independiente <input type="checkbox"/> Jornada parcial <input type="checkbox"/> No está empleado <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> Servicio militar activo	JUBILADO <input type="checkbox"/> Fecha jubilación <input type="checkbox"/> Otro	Ocupación
Nombre del empleador	Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)		No. de Teléfono ()	

INFORMACIÓN MÉDICA

Médico Obstetra _____		Médico de cabecera _____	
Fecha prevista del parto _____	Fecha de la última menstruación _____		

Por favor complete el otro lado →

POR FAVOR COMPLETE LA INFORMACIÓN DEL SEGURO IGUAL COMO APARECE EN LA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN O PÓLIZA DE SEGURO

Algunas aseguradoras exigen que se les notifique cada vez que usted se hospitaliza. Si su compañía de seguro requiere una certificación previa, es responsabilidad suya comunicarse con ellos. Si no lo hace es posible que se reduzcan sus beneficios de seguro.

SEGURO 1 Esta póliza cubre: <input type="checkbox"/> Madre y bebé <input type="checkbox"/> Sólo la madre <input type="checkbox"/> Sólo al bebé	Compañía de Seguro: Nombre		Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)		No. de Teléfono
	Nombre del Subscriber <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Incapacitado		Fecha de Nacimiento (mes, día, año)	No. de Seguro Social	Relación con la paciente
	Póliza, Certificación o No. Identificación Subscriber			Nombre de Grupo o Archivo	Fecha de Vigencia
	<input type="checkbox"/> Póliza Personal <input type="checkbox"/> Póliza Continuación Cobra <input type="checkbox"/> Nombre Grupo/Empleador _____		¿Cumplió usted con los requisitos de certificación previa de la compañía de seguro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde No, debe llamar a la compañía de certificación antes de ir a St. Marys.		
SEGURO 2 Esta póliza cubre: <input type="checkbox"/> Madre y bebé <input type="checkbox"/> Sólo la madre <input type="checkbox"/> Sólo al bebé	Compañía de Seguro: Nombre		Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)		No. de Teléfono
	Nombre del Subscriber <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Incapacitado		Fecha de Nacimiento (mes, día, año)	No. de Seguro Social	Relación con la paciente
	Póliza, Certificación o No. Identificación Subscriber			Nombre de Grupo o Archivo	Fecha de Vigencia
	<input type="checkbox"/> Póliza Personal <input type="checkbox"/> Póliza Continuación Cobra <input type="checkbox"/> Nombre Grupo/Empleador _____		¿Cumplió usted con los requisitos de certificación previa de la compañía de seguro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde No, debe llamar a la compañía de certificación antes de ir a St. Marys.		
ASISTENCIA MÉDICA O ASISTENCIA GENERAL	Nombre de Beneficiario		Número Asistencia Médica		Fechas de vigencia Desde _____ al _____
	¿De qué color es su tarjeta médica? <input type="checkbox"/> Amarilla <input type="checkbox"/> Azul Complete información Seguro 1	Si su tarjeta es Amarilla, ¿qué HMO aparece bajo otra cobertura en su tarjeta? <input type="checkbox"/> Dean Care <input type="checkbox"/> Unity Health Plans (U-Care) <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Group Health Cooperative (GHC) <input type="checkbox"/> Physicians Plus			
<input type="checkbox"/> CHAMPUS <input type="checkbox"/> CHAMPVA Esta póliza cubre: <input type="checkbox"/> Madre y bebé <input type="checkbox"/> Sólo la madre <input type="checkbox"/> Sólo al bebé	Patrocinador: Nombre (Apellido, Nombre, Inicial)		Fecha de nacimiento de Patrocinador	Número de Seguro Social	Relación con la paciente
	Número de Tarjeta Identificación			Fecha de emisión	Fecha de vencimiento
	Rama de servicio <input type="checkbox"/> Fuerza Aérea <input type="checkbox"/> Infantería de Marina <input type="checkbox"/> Ejército <input type="checkbox"/> Naval <input type="checkbox"/> Guardacostas		Estado Militar <input type="checkbox"/> Servicio activo <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Muerto		
MEDICARE	Persona asegurada		Número de reclamo		Fecha de jubilación del paciente
			Fecha de vigencia		Fecha de jubilación del cónyuge
	<input type="checkbox"/> Beneficios del Hospital (Parte A) <input type="checkbox"/> Beneficios Médicos (Parte B)		<input type="checkbox"/> Registrado en HMO (COMPLETE INFORMACIÓN SEGURO 1) <input type="checkbox"/> Miembro Golden Care		<input type="checkbox"/> Programa enfermedad renal etapa final <input type="checkbox"/> Programa Hospicio
	¿En los últimos 60 días ha estado la paciente una noche en el hospital o en una institución de cuidado para enfermos? Nombre de la institución _____ Desde _____ (mes, día, año) Hasta _____ (mes, día, año)				
Yo autorizo que se divulgue la información médica para cobrar a su(s) seguro(s) médico(s).		Yo autorizo al Hospital y Centro Médico St. Marys para divulgar información médica requerida en el formulario de reclamación de seguro de mi(s) compañía(s) de seguro.		YO AUTORIZO AQUÍ QUE SE PAGUE directamente al Hospital y Centro Médico St. Marys los beneficios de seguro hospitalario que de otro modo me los hubiesen pagado a mi, pero que no sobrepasen el saldo adeudado de los cargos regulares del hospital por este período de hospitalización. Yo entiendo que soy responsable de los gastos financieros del hospital por los cargos que no cubre esta autorización.	
YO DECLARO QUE LA INFORMACIÓN ENTREGADA EN ESTE FORMULARIO ESTÁ COMPLETA Y ES FIDEDIGNA.					
Firma (Paciente o padres si es menor de edad)					Fecha