

Pabellón de Mujeres y Cuna de Nacimiento

Formulario de Pre-Registro

Hospital de Raleigh Hospital de Cary



Aprobación previa de la aseguradora es responsabilidad de la paciente.

*Por favor llene todos los cuadros. Los **cuadros resaltados** son necesarios para pre-registración completa.*

INFORMACIÓN DE SU MEDICO							
Obstetra / Clínica		Pediatra		Fecha de parto		Fecha de ultima menstruación	
INFORMACIÓN DE LA PACIENTE							
¿Ha estado usted antes en alguna unidad de WakeMed ?			SI o NO		¿Si, SI, bajo que nombre?		
Apellido			Primer Nombre			Numero de Seguro Social	
Domicilio					Teléfono de casa		
Ciudad					Estado	Código Postal	Condado
Edad		Fecha de Nacimiento		Religion de Preferencia			
Estatus matrimonial							
Casada		Soltera		Divorciada		Viuda	Separada
Raza/Etnicidad							
Asiatico	Negro – Afro-americano	Indio Americano (Indigena)	Otro - Multiracial, Mestizo	Islas del Pacifico	Blanco	Paciente no respondió	Información no disponible
¿Es usted de origen hispano?		Sí	No	Desconocido – Paciente no disponible al momento de registración / paciente se rehusó			
CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA							
Apellido			Primer Nombre			Relación al Paciente	
Domicilio					Teléfono		
Esposo							
Nombre			Fecha de nacimiento del esposo		Numero de Seguro Social del esposo		
Para pacientes menores de 18 años							
Nombre de padres o guardián			Numero de Seguro Social de padres o guardián		Empleador de padres o guardián		
INFORMACIÓN DE EMPLEO							
Oficio de la Paciente				Oficio del Esposo			
Empleador				Empleador del Esposo			
Domicilio de Empleador				Domicilio del Empleador			
Teléfono de Empleador				Teléfono del Empleador			
INFORMACIÓN DE ASEGURADORA							
MEDICAID			SI o NO		Numero del Receptor		
CAROLINA ACCESS			SI o NO		Nombre del Médico		
INFORMACIÓN DE ASEGURADORA ****Por favor incluya copia de la tarjeta de seguro.****							
Nombre de Aseguradora				Numero del Grupo del Empleador			
Domicilio para reclamos del seguro							
Numero de Póliza del Seguro				Numero de telefono de Aseguradora			
Nombre en la Tarjeta				Numero de Seguro Social del Abonado			
Nombre del Abonado				Fecha de Nacimiento del Abonado			