

Prueba de Preadmisión/ Información Para Inscripción del Paciente

(Sólo para pacientes de OB) ¿Fecha de su último período menstrual? _____ Fecha de su procedimiento, parto o servicio: _____ Nombre del médico: _____

POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA IMPRENTA • FECHA DE HOY:

Nombre del paciente: _____ Nombre del cónyuge o compañero: _____
Apellido Primer Nombre Inicial Apellido Primer Nombre Inicial

Nombre de soltera (Si corresponde): _____ Nombre de soltera (Si corresponde): _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____ Ciudad, Estado, Código postal: _____

Teléfono: (____) _____ Teléfono: (____) _____

Fecha de nacimiento: _____ Hombre: _____ Mujer: _____ Fecha de nacimiento: _____ Hombre: _____ Mujer: _____

Seguro Social #: _____ Seguro Social #: _____

¿En qué Estado o país? _____ Licencia #: _____ ¿En qué Estado o país? _____ Licencia #: _____

Estado civil (encierre uno): C • S • V • D • Otro _____ Nombre del empleador: _____

Nombre del empleador: _____ Ocupación: _____

Ocupación: _____ Dirección: _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código postal: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____ Teléfono: (____) _____ Cell: (____) _____

Teléfono: (____) _____ Cell: (____) _____ Usted trabaja (encierre uno): _____

Usted trabaja (encierre uno): _____ T/C • T/P • Trabaja por su cuenta • Estudiante • Fuerzas armadas • Ama de casa

Jubilado: Sí _____ No _____ En caso afirmativo, en qué año: _____

Jubilado: Sí _____ No _____ En caso afirmativo, en qué año: _____

Por favor anote alguien a quien llamaría como contacto en emergencias (Por favor, use otra persona distinta a su cónyuge):

Nombre: _____ Parentesco con usted: _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código postal: _____

Teléfono de día: (____) _____ Teléfono del trabajo (si tiene): (____) _____

La Oficina Estatal de California para Planeación y Desarrollo requiere que TODOS los hospitales reporten datos estadísticos con respecto a la raza y grupo étnico. Esta información es confidencial y no afecta ni determina sus servicios médicos. Por favor encierre sólo uno para grupo étnico y uno para raza:

Raza: Hispano _____ No Hispano _____

Grupo étnico: Caucásico/Blanco _____ Afroamericano/Negro _____ Asiático/Islas del Pacífico _____ Nativo Americano/Esquimal/Aleutiano _____ OTRO _____

¿Tiene usted una preferencia religiosa? En caso afirmativo, anote: _____

Directiva de salud: ¿Tiene usted algo por escrito que declare quién tomará las decisiones de tipo médico en caso de que usted no pueda hacerlo?

Encierre uno: Sí o NO. En caso afirmativo, marque las que apliquen: Poder de plazo ilimitado Testamento en vida Directiva al médico

Si cuenta con cualquiera de las directivas mencionadas, por favor traiga una copia al hospital para incluirla al expediente para servicios en el futuro. Si ya cuenta con una en su expediente, por favor anote la fecha aproximada en que la entregó a nuestro centro. Fecha de entrega: _____

Información de seguro: (Por favor encierre uno): HMO • PPO • EPO • POS • Pago individual • Fuerzas armadas • Medicare • Medical

Nombre del seguro: _____

Identificación #: _____ Grupo #: _____ Plan #: _____

En caso de ser HMO, ¿a qué grupo médico pertenece?: _____

En caso de ser HMO, ¿quién es su médico de cabecera?: _____

¿Quién es el titular del seguro?: _____

Parentesco (encierre uno): Usted • Cónyuge • Padre o madre • Otro _____

Seguro Social #: _____ Fecha de nacimiento: _____

Si tiene un seguro secundario, por favor anote: _____

Para cualquier pregunta por favor llame al Departamento para Acceso de Pacientes: (951) 788-3331

4445 Magnolia Avenue • Riverside, CA • 92501
Main Hospital: 951.788.3000

www.riversidecommunityhospital.com

