

Fecha de ultima menstruacion

# Registración de Obstetricia

Fecha Recibida

Elija la preferencia del hospital para el parto:

Cape Coral Hospital, 636 Del Prado Boulevard, Cape Coral, Florida 33990

HealthPark Medical Center, 9981 S. HealthPark Drive, Fort Myers, Florida 33908

Complete este formulario de preinscripción y adjunte copias de las tarjetas de seguro, tanto al frente como al dorso. Envíe por correo electrónico copias de formularios y tarjetas a [OBpreregistration@leehealth.org](mailto:OBpreregistration@leehealth.org) o envíelo por correo postal al hospital seleccionado, atención Servicios de registro.

NOMBRE LEGAL COMPLETO		APELLIDO		PRIMER NOMBRE		NOMBRE SEGUNDO		(APELLIDO DE SOLTERA)	
DIRECCIÓN LEGAL CONDADO		CALLE		CIUDAD		ESTADO		CÓDIGO POSTAL	
TELEFONO PORTABLE		NUMERO DE SOCIAL SECURITY		FECHA DE NACIMIENTO		<input type="checkbox"/> CASADA <input type="checkbox"/> DIVORCIADA <input type="checkbox"/> SOLTERA			
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO						<input type="checkbox"/> SEPARADA LEGALMENTE <input type="checkbox"/> VIUDA			
FECHA EN QUE ESPERA DAR ALUZ		NOMBRE DE SU MEDICO				TELEFONO			
ESTATUS DE EMPLEO				NOMBRE DE SU PATRÓN					
<input type="checkbox"/> EMPLEADO A TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> EMPLEADO A TIEMPO PARCIAL				<input type="checkbox"/> TRABAJA POR SU CUENTA <input type="checkbox"/> SIN EMPLEO		<input type="checkbox"/> SERVICIO MILITAR			
DIRECCIÓN DE SU EMPLEADO		CALLE		CIUDAD		ESTADO		CÓDIGO POSTAL CONDADO TELEFONO	
RAZA: <input type="checkbox"/> BLANCA <input type="checkbox"/> ASIÁTICA <input type="checkbox"/> AFRICANA <input type="checkbox"/> OTRO Lenguaje preferido: Religión:									

## INFORMACIÓN SOBRE EL PADRE

NOMBRE LEGAL COMPLETO		APELLIDO		PRIMER NOMBRE		NOMBRE SEGUNDO			
DIRECCIÓN LEGAL CONDADO		CALLE		CIUDAD		ESTADO		CÓDIGO POSTAL	
TELEFONO		NUMERO DE SOCIAL SECURITY		FECHA DE NACIMIENTO		<input type="checkbox"/> CASADA <input type="checkbox"/> DIVORCIADA <input type="checkbox"/> SOLTERA			
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO						<input type="checkbox"/> SEPARADA LEGALMENTE <input type="checkbox"/> VIUDA			
ESTATUS DE EMPLEO		NOMBRE DE SU PATRÓN							
<input type="checkbox"/> EMPLEADO A TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> EMPLEADO A TIEMPO PARCIAL				<input type="checkbox"/> TRABAJA POR SU CUENTA <input type="checkbox"/> SIN EMPLEO		<input type="checkbox"/> SERVICIO MILITAR			
DIRECCIÓN DE SU EMPLEADO		CALLE		CIUDAD		ESTADO		CÓDIGO POSTAL CONDADO TELEFONO	

## CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA – ALGUIEN APARTE DEL PADRE

NOMBRE COMPLETO SEGUNDO		APELLIDO		PRIMER NOMBRE		NOMBRE		RELACIÓN A LA MADRE	
DIRECCIÓN		CALLE		CIUDAD		ESTADO		CÓDIGO POSTAL TELEFONO (CASA) TELEFONO (TRABAJO)	

## INFORMACIÓN SOBRE SU SEGURO – POR FAVOR LISTA TODAS SUS PÓLIZAS DE SALUD

<input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> PPO	<input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Individual	NOMBRE DE LA COMPAÑIA DE SEGURO		NUMERO DE LA POLIZA		NUMERO DEL GRUPO		
<b>SEGURO PRIMARIO</b>	BENEFICIOS DE MATERNIDAD <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SOLO POR COMPLICACIONES		NOMBRE DEL POSEEDOR DE LA POLIZA		NOMBRE DEL GRUPO			
	BENEFICIOS CUBREN AL BEBÉ <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		FECHA DE VIGENCIA		TELEFONO DE LA COMPAÑIA DE SEGURO		TELEFONO PARA CERTIFICAR SU COBERTURA	
	DIRECCIÓN DEL SEGURO		CALLE		CIUDAD		ESTADO CÓDIGO POSTAL	
	MEDICAID <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		SI SU RESPUESTA ES NO, QUISIERA APLICAR PARA MEDICAID? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					

<input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> PPO	<input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Individual	NOMBRE DE LA COMPAÑIA DE SEGURO		NUMERO DE LA POLIZA		NUMERO DEL GRUPO		
<b>SEGURO SEGUNDARIO</b>	BENEFICIOS DE MATERNIDAD <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SOLO POR COMPLICACIONES		NOMBRE DEL POSEEDOR DE LA POLIZA		NOMBRE DEL GRUPO			
	BENEFICIOS CUBREN AL BEBÉ <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		FECHA DE VIGENCIA		TELEFONO DE LA COMPAÑIA DE SEGURO		TELEFONO PARA CERTIFICAR SU COBERTURA	
	DIRECCIÓN DEL SEGURO		CALLE		CIUDAD		ESTADO CÓDIGO POSTAL	
	MEDICAID <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		SI SU RESPUESTA ES NO, QUISIERA APLICAR PARA MEDICAID? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					

¿Usted desea tener visitantes y llamadas telefónicas?  Sí  No

**Plan de Pago por Adelantado (Para los pacientes que tienen cobertura por maternidad)**

Ingresada 24 horas  Ingresada 48 horas  Ingresada para Cesaria con horario establecido