

Fecha del parto: \_\_\_\_\_  
 ¿Es este su primer bebé?  
 Sí  No



# FORMULARIO DE PREADMISIÓN EN MATERNIDAD

## Información de la paciente

Nombre completo de la paciente \_\_\_\_\_

Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Apellido de soltera \_\_\_\_\_

Estado civil:  Soltera  Casada  Separada  Divorciada  Viuda

Raza u origen étnico:  Blanca o caucásica  Negra o afroamericana  Asiática  Hispana o latina  
 Indoamericana o nativa de Alaska  Nativa de Hawái o isleña del Pacífico

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Preferencia religiosa \_\_\_\_\_

Ciudadana de los EE. UU.:  Sí  No N.º de Seguro Social (SSN) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

**Información laboral:**

Nombre del empleador \_\_\_\_\_ Dirección del empleador \_\_\_\_\_ Dirección del empleador \_\_\_\_\_

## Información de los parientes cercanos

Nombre del cónyuge o del pariente vivo más cercano \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_

Dirección (calle, n.º de depto.) \_\_\_\_\_ Ciudad / Estado / Código postal \_\_\_\_\_

N.º de teléfono de casa \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

N.º de Seguro Social (SSN) del cónyuge \_\_\_\_\_ Si no es el cónyuge, relación con usted \_\_\_\_\_

Empleador del cónyuge \_\_\_\_\_ Dirección del empleador del cónyuge \_\_\_\_\_ Ciudad / Estado / Código postal \_\_\_\_\_

## Información del historial

Nombre del médico o del obstetra \_\_\_\_\_ N.º de teléfono del médico o del obstetra \_\_\_\_\_

¿Ha sido paciente de Chesapeake Regional Medical Center anteriormente?  Sí  No Fecha de servicio(s) \_\_\_\_\_

Nombre, si es diferente del actual \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_

## Información del seguro

Compañía de seguros \_\_\_\_\_ Tomador del seguro \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del suscriptor \_\_\_\_\_ N.º de Seguro Social (SSN) \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía de seguros \_\_\_\_\_ Ciudad / Estado / Código postal \_\_\_\_\_

N.º de teléfono del proveedor \_\_\_\_\_ N.º de póliza \_\_\_\_\_ N.º de grupo \_\_\_\_\_

Compañía de seguros secundaria \_\_\_\_\_ Tomador del seguro \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del suscriptor \_\_\_\_\_ N.º de Seguro Social (SSN) \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía de seguros \_\_\_\_\_ Ciudad / Estado / Código postal \_\_\_\_\_

N.º de teléfono del proveedor \_\_\_\_\_ N.º de póliza \_\_\_\_\_ N.º de grupo \_\_\_\_\_

**Información general:**

- Si hay algún cambio en su información personal antes del parto, comuníquese con la oficina de registro de maternidad al 757-312-6105 y marque la opción 2.
- Puede entregarle este formulario personalmente a su médico o enviarlo por correo postal (no necesita franqueo postal) a la oficina de registro de maternidad del hospital.
- Cuando llegue para recibir los servicios médicos, utilice el ascensor "C" ubicado en la entrada "Garden" y diríjase inmediatamente al 3er piso.

**Información del médico:**

- Se le pedirá que escoja un pediatra para su bebé antes de llegar al hospital y al área de partos. Si no elige a un médico, se le asignará el pediatra de guardia.
- Muchos consultorios pediátricos ofrecen una cita prenatal gratuita para pacientes de maternidad, a fin de asegurar que se sientan cómodas con los servicios.
- Recibirá facturas por separado por todos los servicios o consultas proporcionados por los médicos, tales como anestesiólogo, pediatra, patólogo, radiólogo u obstetra.

**Información financiera:**

- Si su seguro cubre menos de la totalidad de sus cargos, se le pedirá que usted pague este saldo por cuenta propia al momento de la admisión o antes del alta.
- Pueden hacerse arreglos financieros por adelantado, para lo que debe ponerse en contacto con la oficina de registro de maternidad (312-312-6105). Chesapeake Regional Medical Center (CRMC, por sus siglas en inglés) ofrece tarifas reducidas o con descuento para aquellos pacientes que cumplan con ciertos requisitos financieros. Puede llamar al 757-312-4285 para conversar acerca de estos descuentos con un asesor financiero.



NO POSTAGE  
NECESSARY  
IF MAILED  
IN THE  
UNITED STATES

**BUSINESS REPLY MAIL**  
FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO. 4001 CHESAPEAKE VA

POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

CHESAPEAKE REGIONAL HEALTHCARE  
736 BATTLEFIELD BLVD N  
CHESAPEAKE VA 23320-9941  
ATTN: MATERNITY REGISTRATION DEPARTMENT - 3RD FLOOR

