



cut or fold here

FORMULARIO DE REGISTRO ANTICIPADO*

Favor de contestar antes de venir a Little Company para dar a luz

Paciente Information

Su Médico Obstetra	Raza
Su Médico de Cabecera	Estado Civil
Su fecha de parto estimada	Religión
Apellido	Parroquia
Nombre	Ocupación
Segundo Nombre	Nombre de la Empresa en la que trabaja
Apellido de Soltera	Dirección de la Empresa
Dirección	Ciudad
Ciudad	Estado Código postal
Estado Código postal	Número de Teléfono
Número de Teléfono	Nombre de su pariente más cercano
Número de Teléfono celular	Relación con la paciente
Dirección de Correo Electrónico (E-mail)	Número de Teléfono del pariente
Número de Seguro Social	Número de Teléfono celular del pariente
Fecha de Nacimiento	Edad

Persona de los Asegurados

Apellido	Nombre	Segundo Nombre
Dirección	Ciudad	Estado Código postal
Número de Teléfono	Numero de Seguro Social	Ocupación
Relación con la paciente	Estatus laboral: (Marque uno)	
	<input type="radio"/> Tiempo Completo	<input type="radio"/> Medio Tiempo
	<input type="radio"/> Trabajo independiente	<input type="radio"/> Servicio militar activo
	<input type="radio"/> Desempleado	
Nombre de la persona o la empresa para la que trabaja	Dirección	
Ciudad	Estado	Código postal
Número de Teléfono		

Seguro

Seguro Médico Insurace	Otro Seguro
Nombre del Seguro	Número de póliza
Número de póliza	Nombre del Asegurado
Nombre del plan	Relación con la paciente
Número del miembro	¿El seguro es a través de la persona o de la empresa para la que trabaja? Sí No
Nombre del asegurado	Firma de la persona responsable
Relación con la paciente	Fecha
¿El seguro es a través de la persona o de la empresa para la que trabaja? Sí No	

Por favor indique el nombre del doctor (pediatra) que examinará a su nuevo bebé en el hospital, de no ser el obstetra el pediatra del bebé.

De no poseer seguro se requerirá de un depósito por servicios hospitalarios, o de existir limitaciones en los beneficios del seguro.

ASISTENCIA FINANCIERA

Asistencia parcial o completa puede estar disponible basada en la condición financiera de nuestros pacientes y es determinada en acuerdo con nuestra Política de Cuidados Caritativos.

Por favor contacte a uno de nuestros consejeros de finanzas al 708.229.6152 ó 6153 para concertar una cita.

Por favor regrese este sobre prepagado por correo un mes previo al nacimiento de de su bebé. *Gracias.*

*Este formulario está hecho para asegurarnos de que toda la información sea recibida por el hospital antes de su parto. Nos disculpamos por cualquier inconveniente de preguntársele nuevamente cualquier información a su llegada.