

# Formulario de prerregistro en maternidad



FECHA DE HOY \_\_\_\_\_

**Paciente** Ha recibido tratamiento en St. Francis Medical Center:  SÍ  NO

**Fecha de parto esperada:** \_\_\_\_\_  
MES/DÍA/AÑO

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO DE SOLTERA		
DIRECCIÓN DE CASA	N.º de APT	CIUDAD/ESTADO Y CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO		
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	LUGAR DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	SOLTERA	CASADA
RELIGIÓN	N.º DE LICENCIA DE CONDUCIR O DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTADO		N.º DE SEGURO SOCIAL		
¿TRABAJA?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	OCCUPACIÓN	EMPLEADOR		
DIRECCIÓN DEL TRABAJO	CIUDAD/ESTADO Y CÓDIGO POSTAL		TELÉFONO DEL TRABAJO		

## Cónyuge/Pareja

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE			
N.º DE SEGURO SOCIAL	PRIMER NOMBRE	N.º DE LICENCIA DE CONDUCIR O DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTADO	TELÉFONO		

## En caso de emergencia comunicarse con - A quién se avisa durante una emergencia, aparte del cónyuge/pareja

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	RELACIÓN
DIRECCIÓN DE CASA	CIUDAD Y CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO	TELÉFONO DEL TRABAJO

## Seguros/Medi-Cal

NOMBRE DE LA ASEGURADORA	N.º DE IDENTIFICACIÓN	N.º DE GRUPO	HMO	PPO	MEDI-CARE	MEDI-CAL
NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	RELACIÓN CON EL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	N.º DE SEGURO SOCIAL DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	FECHA DE EMISIÓN		

## Obstetra

NOMBRE DEL MÉDICO O DEL CONSULTORIO			
DIRECCIÓN	CIUDAD/ESTADO Y CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO	

## Clínica

NOMBRE	DIRECCIÓN	CIUDAD/ESTADO Y CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO
--------	-----------	-------------------------------	----------

Este formulario también puede descargarse en el sitio web de St. Francis Medical Center en [stfrancis.verity.org](http://stfrancis.verity.org)  
Si tiene alguna pregunta, llame al secretario de admisiones de Family Life Center al (310) 900-8805.