Salem Health®
Hospitals & Clinics

CUESTIONARIO DE PRE INSCRIPCIÓN PARA PACIENTES DE MATERNIDAD

939 Oak Street SE, Building D Salem, OR 97309-5014

***NOTA:** Complete este cuestionario y después devuélvalo. También puede completar este cuestionario en línea en salemhealth.org: inscripción de pacientes o enviarlo por fax al (503) 562-3062.Si tiene alguna pregunta relacionada con este formulario llame al (503) 814-3597.

INFORMACIÓN DE LA PACIENTE

FECHA ESTIMADA DE ALUMBRAMIENTO O FECHA DE PARTO

MÉDICO QUE ORDENA LA HOSPITALIZACIÓN O NOMBRE DE LA ENFERMERA PARTERA, TIPO DE SERVICIO | PROVEEDOR DE ATENCIÓN PARA EL BEBÉ (MÉDICO) | MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

NOMBRE LEGAL DE LA PACIENTE | APELLIDO | NOMBRE | INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE | ESTADO CIVIL ❑ Soltera ❑ Casada ❑ Viuda ❑ Divorciada ❑ Separada

DIRECCIÓN | POSTAL o CALLE | CIUDAD | ESTADO | CÓDIGO POSTAL

NÚMERO DE TELÉFONO DE LA PACIENTE CASA CELULAR | NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL | FECHA DE NACIMIENTO / / | EDAD | SEXO

RAZA ❑ Afroamericana ❑ India americana ❑ Asiática ❑ Otra _____ ❑ Hispana ❑ Caucásica ❑ Desconocida ❑ Prefiere no contestar | APELLIDO DE SOLTERA o CUALQUIER OTRO NOMBRE CON EL QUE SE LE ADMITIÓ EN ESTE HOSPITAL

NOMBRE DEL ESPOSO Ó PAREJA (o de la madre si es menor de edad) | NÚMERO DE CELULAR | NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL | FECHA DE NACIMIENTO / /

Si la paciente es menor de edad NOMBRE DEL PADRE | NÚMERO DE CELULAR | NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL | FECHA DE NACIMIENTO / /

PREFERENCIA RELIGIOSA | PARROQUIA O IGLESIA | SI ES MENOR DE EDAD, NOMBRE DEL FIADÓR | FECHA DE NACIMIENTO / /

EMPLEO

EMPLEADOR DE LA PACIENTE (o padre si es menor de edad) EMPLEADO POR | OCUPACIÓN | NÚMERO DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR

EMPLEADOR DEL ESPOSO ÓPAREJA (o de la madre si es menor de edad) EMPLEADA POR | OCUPACIÓN | NÚMERO DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

FAMILIAR O AMIGO QUE NO VIVA CON USTED PARA QUE SE LE NOTIFIQUE EN CASO DE UNA EMERGENCIA

NOMBRE | APELLIDO | PRIMER NOMBRE | PARENTESCO CON LA PACIENTE

CIUDAD Y ESTADO | TELÉFONO DE LA CASA | TELÉFONO DEL TRABAJO

SEGURO

NOMBRE Y DIRECCIÓN DE SU COMPAÑÍA DE SEGURO | NÚMERO DE TELÉFONO

NÚMEROS DE PÓLIZA Y GRUPO/UNION Y LOCAL | NUMERO DE MEDICARE | NOMBRE DEL AFILIADO Y PARENTESCO CON LA PACIENTE

NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS ADICIONAL | NÚMERO DE TELÉFONO

NÚMEROS DE PÓLIZA Y GRUPO/UNION Y LOCAL | NOMBRE DEL AFILIADO Y PARENTESCO CON LA PACIENTE

¿TRABAJA LA PACIENTE ACTUALMENTE?
❑ Tiempo completo ❑ Medio tiempo ❑ Número de empleados: _____

Fecha de jubilación _____ /_____ (MES / AÑO)

¿TRABAJA ACTUALMENTE SU ESPOSO/PAREJA?
❑ Tiempo completo ❑ Medio tiempo ❑ Número de empleados: _____

Fecha de jubilación _____ /_____ (MES / AÑO)

SI USTED PARTICIPÓ EN UN PROGRAMA DE CAPACITACITACIÓN DE AUTODIÁLISIS, PROPORCIONE LA FECHA DE INICIO DE LA CAPACITACIÓN:

LE HAN REALIZADO ALGUNA VEZ UN TRASPLANTE DE RIÑÓN?
❑ Sí ❑ No Si respondiósí, proporcione la fecha del trasplante: _____ /_____ /_____

¿Tiene usted derecho a beneficios médicos por neumoconiosis?
❑ Sí Fecha en que se le concedieron estos derechos _____ ❑ No

¿TIENE EL PACIENTE DERECHO A COBERTURA DE MEDICARE SÓLO POR EL HECHO DE QUE ESTÁ EN LA ETAPA TERMINAL DE ENFERMEDAD RENAL (ESRD)?
❑ Sí ❑ No Fechas en las que se concedieron los derechos, de: _____hasta: _____

¿Pagará los servicios la subvención de investigación,VA o una agencia gubernamental?
❑ Sí ❑ No

¿Tiene la paciente derecho a cobertura de Medicare solo porque tiene alguna discapacidad, que no sea Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)?
❑ Sí ❑ No

Seguro médico: Traiga las tarjetas de su seguro médico o de Medicare. Si anticipa que tendrá problemas relacionados con el pago de su factura, llame a uno de nuestros consejeros tan pronto como pueda. Ellos pueden responder sus preguntas, y es probable que puedan ayudarle con la solicitud para adquirir beneficios. Pueda llamar a un consejero al (503) 562-4357, de las 8:00 de la manana a las 4:30 de la tarde, de lunes a viernes.

Ha completado alguna vez una Directiva anticipada
❑ SÍ ❑ NO

Si respondió sí, traiga una copia cuando la admitan

Hay intérpretes disponibles sin costo para personas sordas y personas con problemas de audición o para las personas que no hablan inglés. Llame antes para programar los servicios de un intérprete: (503) 561-1650.

432841 1/18

FOLD HERE

NO POSTAGE
NECESSARY
IF MAILED
IN THE
UNITED STATES

BUSINESS REPLY MAIL

FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO. 875 SALEM OR

POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

ADMITTING BLDG D
SALEM HEALTH
PO BOX 14001
SALEM OR 97309-9834

FOLD HERE