

FORMULARIO DE REGISTRO PREINGRESO OBSTÉTRICO

Fecha esperada del parto _____ Registro médico No. _____
Médico que realiza el ingreso _____ Pediatra _____

SÍRVASE ESCRIBIR CLARAMENTE EN LETRA DE MOLDE

Nombre de paciente _____ Teléfono de casa (_____) _____
Dirección _____
Edad de paciente _____ Fecha de nacimiento _____ Estado civil _____
No. de Seguro Social de paciente _____ Religión _____
Empleador de paciente _____ Ocupación _____
Dirección _____ Teléfono del trabajo (_____) _____
Nombre del esposo _____ No. de Seguro Social del esposo _____
Fecha de nacimiento del esposo _____ Teléfono(_____) _____
Empleador del esposo _____ Ocupación _____
Dirección _____ Teléfono del trabajo(_____) _____
Nombre de su contacto de emergencia _____ Teléfono(_____) _____
Dirección _____
Relación con el paciente _____

Compañía aseguradora Primaria:

Nombre Aseguradora _____
Dirección _____
Teléfono(_____) _____
¿Asegurada por el empleador? _____
Nombre del empleador _____
Teléfono (_____) _____
Contrato/ID No. _____
Grupo No. _____
Nombre del asegurado _____
Relación con paciente _____

Compañía aseguradora Secundaria:

Nombre Aseguradora _____
Dirección _____
Teléfono (_____) _____
¿Asegurada por el empleador? _____
Nombre del empleador _____
Teléfono (_____) _____
Contrato/ID No. _____
Grupo No. _____
Nombre del asegurado _____
Relación con paciente _____

Parte responsable de la cuenta:

Nombre _____
Dirección _____
Teléfono(_____) _____
Celular (_____) _____
Empleador _____
Dirección _____
Ocupación _____
No. Seguro Social _____

Una vez completa, por favor envíe esta forma a:

Ochsner Medical Center – Kenner
180 West Esplanade Ave., Attn: Mary Bickham
Kenner, LA 70065
Fax: 504-464-8741
¿Tiene preguntas? Por favor llame al 504-464-8069