

Sonoran Crossing Medical Center
33400 North 32nd Ave
Phoenix AZ 85085
623-683-5060

Admitting.SonoranOB@Honorhealth.com

Osborn Family Birthing Suites
3624 N Wells Fargo Ave
Scottsdale, AZ 85251
480-882-4018

Admitting.OsbornOB@HonorHealth.com

Shea Family Birthing Center
9003 E Shea Blvd
Scottsdale, AZ 85260
480-323-3331

Admitting.SheaOB@HonorHealth.com

FORMULARIO DE PRE-REGISTRO OBSTÉTRICO

Gracias por elegir a HonorHealth. Para cerciorarnos de identificarle correctamente y de que nuestros registros sean precisos, por favor llene este formulario en su totalidad. Si tiene alguna pregunta sobre la información que se le solicita en este formulario o necesita ayuda para completarlo, no dude en comunicárselo al personal de registro.

INFORMACIÓN SOBRE LA PACIENTE

Apellido(s) _____ Nombre _____ Inicial 2º nombre _____

¿Se le ha atendido en alguna instalación de HonorHealth bajo otro nombre? _____

Número de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento ___ / ___ / ___

Estado civil: Soltera Casada Vive con su pareja Divorciada Separada Viuda

El Estado de Arizona requiere que los hospitales reporten cierta información sobre los pacientes, incluyendo raza y etnicidad

Etnicidad
<input type="checkbox"/> No Hispana/Latina
<input type="checkbox"/> Hispana/Latina

Raza		
<input type="checkbox"/> Nativo Americana	<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/> Blanca
<input type="checkbox"/> Del Medio Oriente	<input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana	<input type="checkbox"/> Hawaiana/ Islas del Pacífico

Idioma primario: Inglés Español Otro: _____ Apellido Materno: _____

¿Tiene algún impedimento para escuchar? No Sí. Me gustaría utilizar el siguiente método de interpretación:

Familia/amistad Intérprete Video Teléfono No requiero ningún servicio

Domicilio _____ Depto./Unidad _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Si está aquí de visita o proporcionó una dirección de PO Box; ¿cuál es su domicilio local?

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono primario _____ - - Teléfono secundario _____ - - ¿Confidencial? Sí No

¿Podemos dejar mensaje? Sí No

Correo electrónico _____

Información sobre el empleo de la paciente

Condiciones de empleo	
<input type="checkbox"/> Tiempo completo	<input type="checkbox"/> Medio tiempo
<input type="checkbox"/> No trabajo	<input type="checkbox"/> Trabajo por mi cuenta
<input type="checkbox"/> Jubilado _____ Fecha que se jubiló	<input type="checkbox"/> Incapacitado _____ Fecha que se incapacitó

Con
Empleador actual: _____
Ocupación: _____

POR FAVOR LLENE EL FORMULARIO EN SU TOTALIDAD (continúe en la parte posterior de este formulario)

Información importante sobre el parto/proveedor de atención médica (por favor llene el formulario en su totalidad)

¿Qué campus tiene la intención de utilizar para el parto? Osborn Shea Sonoran

Fecha de su última menstruación: ___/___/___ Fecha pronosticada del parto: ___/___/___

Apellido del obstetra (gineco-obstetra): _____ Nombre: _____

Apellido del médico de atención primaria o familiar: _____ Nombre: _____

¿Tiene pediatra para su bebé? Sí No No estoy segura Lo tendré antes del nacimiento

De ser así, apellido del pediatra: _____ Nombre: _____

Participación en un ensayo clínico: Participo en la actualidad Participé anteriormente Nunca he participado

Farmacia de preferencia (Nombre y ubicación): _____

¿Desea indicar la religión que prefiere? De ser así, escriba cuál es: _____

Cónyuge o padre del menor/Contacto de emergencia

Apellido: _____ Nombre: _____

Cónyuge Madre Padre Fecha de Nacimiento ___/___/___ Numero de seguro social ___-___-___

Domicilio (si es diferente a la del paciente): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono principal _____ Teléfono Secundario _____

Información del empleo del cónyuge o del padre del menor

Condiciones de empleo	Información de la empresa donde
<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> No trabajo <input type="checkbox"/> Trabajo por mi cuenta <input type="checkbox"/> Jubilado _____ Incapacitado _____ Fecha que se jubiló Fecha que se incapacitó	Empresa Actual: _____ Ocupación: _____

Información del contacto de emergencia

Contacto primario

Contacto Secundario

Apellido: _____

Nombre: _____

Relación: _____

Teléfono: _____

Apellido: _____

Nombre: _____

Relación: _____

Teléfono: _____

Información del seguro médico

Seguro médico primario:

Compañía de seguro: _____ Titular del Seguro: _____

Número de póliza: _____ Número del grupo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Tel. del seguro: (____) ____ - _____ ¿Su recién nacido tiene seguro médico bajo el mismo plan? Sí No

Seguro médico secundario: (si aplica)

Compañía de seguro: _____ Titular del seguro: _____

Número de póliza: _____ Número del grupo: _____ Fecha de nacimiento: _____ Tel. del seguro: (____) _____ - _____