

FORMULARIO DE PRE-REGISTRO OBSTÉTRICO

Four Peaks Medical Center

1301 S. Crismon Road
Mesa, AZ 85209
480-358-6694

FPMCASIC@honorhealth.com

Sonoran Crossing Medical Center

33400 N. 32nd Ave
Phoenix, AZ 85085
623-683-5060

Admitting.SonoranOB@Honorhealth.com

Shea Family Birthing Center

9003 E. Shea Blvd
Scottsdale, AZ 85260
480-323-3331

Admitting.SheaOB@Honorhealth.com

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

Principal idioma que habla: inglés español Otro _____

¿Le gustaría agregar la religión de su preferencia? _____

Apellido de soltera de la paciente: _____ Nombre de soltera de su madre: _____

Dirección postal: _____ Apartamento/Unidad: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Teléfono primario: ____ - ____ - ____ Teléfono secundario: ____ - ____ - ____

Si está de visita o nos proporcionó un apartado postal:

¿Cuál es su domicilio local? _____ Apto. /Unidad: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

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 _____

Información de la empresa trabaja
Empleador actual: _____
Ocupación: _____

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? Shea Sonoran Four Peaks
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 al del paciente): _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono principal _____ Teléfono Secundario _____

Información de su contacto de emergencia

Apellido del contacto principal: _____ Nombre del contacto principal: _____
Relación: _____ Teléfono: _____
Apellido del segundo contacto: _____ Nombre del segundo contacto: _____
Relación: _____ Teléfono: _____

Información del empleo del cónyuge o del padre del menor

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 _____

Información de la empresa donde trabaja
Empresa Actual: _____
Ocupación: _____

Información del contacto de emergencia Información del seguro médico

Seguro médico primario:
Compañía de seguro médico: _____ 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 médico: _____ Titular del seguro: _____
Número de póliza: _____ Número del grupo: _____ Fecha de nacimiento: _____ Tel. del seguro: (____) ____-____