



2500 Grant Road, Mountain View, CA 94040-4378
815 Pollard Road, Los Gatos, CA 95032

EL CAMINO HOSPITAL

Complete y devuelva el formulario al Departamento de Registro de Pacientes antes de la fecha en la que debe ingresar al hospital

ADJUNTE UNA COPIA DE SUS TARJETAS DE SEGURO ACTUALES O LLÉVELAS CON USTED EL DÍA DE SU INGRESO AL HOSPITAL

Departamento de Registro de Pacientes: Los Gatos 408-866-4062

REGISTRO PREVIO AL INGRESO PRE-ADMISSION RECORD

INFORMACIÓN DEL PACIENTE									
Fecha de ingreso hospital	Médico	Médico de atención primaria (PCP)	¿Notificar al PCP sobre el ingreso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Maternidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha prevista de parto / /		Apellido de soltera: Apellido anterior:	Autorizo al hospital a verificar mis beneficios de seguro para este servicio hospitalario. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Firma _____	
Nombre legal del paciente (apellido, nombre, segundo nombre)			Lugar de nacimiento	Fecha de nacimiento	Edad	Sexo	Estado civil	Preferencia religiosa	Número de Seguro Social
Dirección del paciente (calle, ciudad, estado, código postal)							Dirección de correo electrónico		Teléfono particular del paciente
Empleador del paciente		Ocupación	Dirección del trabajo del paciente (calle, ciudad, estado, código postal)					Teléfono del trabajo del paciente	
Nombre del contacto de emergencia		Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)			Teléfono particular		Teléfono del trabajo	Relación con el paciente	
Nombre de la persona responsable de la factura del hospital (si no es el paciente)			Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)				Teléfono particular		Relación con el paciente
Etnia <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> No hispana		Idioma principal hablado:		Raza <i>El Estado requiere que el hospital recopile información estadística sobre la raza y la etnia de los pacientes. Proporcionar esta información es voluntario.</i> <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Asiática o de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativa estadounidense o esquimal <input type="checkbox"/> Otra _____					

SEGURO PRINCIPAL		INFORMACIÓN DE COBERTURA DEL SEGURO			SIT. LABORAL: <input type="checkbox"/> J. COMPL. <input type="checkbox"/> MEDIA J. <input type="checkbox"/> DISCAPACITADO <input type="checkbox"/> JUBILADO	
Nombre de la compañía de seguros	Número de identificación	Número de grupo	Nombre del beneficiario	Empleador del beneficiario	Teléfono del trabajo	
Fecha de nacimiento del beneficiario	Sexo del beneficiario	Número de Seguro Social del beneficiario:		Relación del paciente con el beneficiario:		
SEGURO SECUNDARIO O COMPLEMENTARIO						
Nombre de la compañía de seguros	Número de identificación	Número de grupo	Nombre del beneficiario	Empleador del beneficiario	Teléfono del trabajo	
Fecha de nacimiento del beneficiario	Sexo del beneficiario	Número de Seguro Social del beneficiario:		Relación del paciente con el beneficiario:		
LESIÓN RELACIONADA CON EL TRABAJO						
Empleador en el momento que se produjo la lesión	Dirección del empleador (calle, ciudad, estado, código postal)			Teléfono del trabajo del empleador	Fecha de la lesión	
Nombre de la compañía de seguro laboral	Dirección de la compañía de seguro laboral (calle, ciudad, estado, código postal)			Teléfono de la compañía de seguro laboral	Número de reclamación (si se conoce)	
CHAMPUS						
El paciente es un: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Pensionado	Número de tarjeta	Fecha de entrada en vigor:	Fecha de caducidad:	Nombre del patrocinador (apellido, nombre, segundo nombre)	Número de servicio	Grado
Número de Seguro Social	Organización y lugar de destino (Puerto de base/Dirección del pensionado)			División de servicio <input type="checkbox"/> EE <input type="checkbox"/> USAF <input type="checkbox"/> USMC <input type="checkbox"/> USN <input type="checkbox"/> USCG <input type="checkbox"/> USPHS <input type="checkbox"/> EESA		Estado: <input type="checkbox"/> Servicio activo <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Fallecido

