

# Prueba de Preadmisión/ Información Para Inscripción del Paciente

(Sólo para pacientes de OB) ¿Fecha de su último período menstrual? \_\_\_\_\_ Fecha de su procedimiento, parto o servicio: \_\_\_\_\_ Nombre del médico: \_\_\_\_\_

## POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA IMPRENTA • FECHA DE HOY:

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Nombre del cónyuge o compañero: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Inicial Apellido Primer Nombre Inicial

Nombre de soltera (Si corresponde): \_\_\_\_\_ Nombre de soltera (Si corresponde): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Hombre: \_\_\_\_\_ Mujer: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Hombre: \_\_\_\_\_ Mujer: \_\_\_\_\_

Seguro Social #: \_\_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_

¿En qué Estado o país? \_\_\_\_\_ Licencia #: \_\_\_\_\_ ¿En qué Estado o país? \_\_\_\_\_ Licencia #: \_\_\_\_\_

Estado civil (encierre uno): C • S • V • D • Otro \_\_\_\_\_ Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cell: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cell: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Usted trabaja (encierre uno): \_\_\_\_\_

Usted trabaja (encierre uno): \_\_\_\_\_ T/C • T/P • Trabaja por su cuenta • Estudiante • Fuerzas armadas • Ama de casa

Jubilado: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, en qué año: \_\_\_\_\_

Jubilado: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, en qué año: \_\_\_\_\_

Por favor anote alguien a quien llamaría como contacto en emergencias (Por favor, use otra persona distinta a su cónyuge):

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco con usted: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de día: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo (si tiene): (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

La Oficina Estatal de California para Planeación y Desarrollo requiere que TODOS los hospitales reporten datos estadísticos con respecto a la raza y grupo étnico. Esta información es confidencial y no afecta ni determina sus servicios médicos. Por favor encierre sólo uno para grupo étnico y uno para raza:

**Raza:** Hispano \_\_\_\_\_ No Hispano \_\_\_\_\_

**Grupo étnico:** Caucásico/Blanco \_\_\_\_\_ Afroamericano/Negro \_\_\_\_\_ Asiático/Islas del Pacífico \_\_\_\_\_ Nativo Americano/Esquimal/Aleutiano \_\_\_\_\_ OTRO \_\_\_\_\_

¿Tiene usted una preferencia religiosa? En caso afirmativo, anote: \_\_\_\_\_

**Directiva de salud:** ¿Tiene usted algo por escrito que declare quién tomará las decisiones de tipo médico en caso de que usted no pueda hacerlo?

Encierre uno: Sí o NO. En caso afirmativo, marque las que apliquen:  Poder de plazo ilimitado  Testamento en vida  Directiva al médico

Si cuenta con cualquiera de las directivas mencionadas, por favor traiga una copia al hospital para incluirla al expediente para servicios en el futuro. Si ya cuenta con una en su expediente, por favor anote la fecha aproximada en que la entregó a nuestro centro. Fecha de entrega: \_\_\_\_\_

**Información de seguro:** (Por favor encierre uno): HMO • PPO • EPO • POS • Pago individual • Fuerzas armadas • Medicare • Medical

Nombre del seguro: \_\_\_\_\_

Identificación #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_ Plan #: \_\_\_\_\_

En caso de ser HMO, ¿a qué grupo médico pertenece?: \_\_\_\_\_

En caso de ser HMO, ¿quién es su médico de cabecera?: \_\_\_\_\_

¿Quién es el titular del seguro?: \_\_\_\_\_

Parentesco (encierre uno): Usted • Cónyuge • Padre o madre • Otro \_\_\_\_\_

Seguro Social #: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Si tiene un seguro secundario, por favor anote: \_\_\_\_\_

Para cualquier pregunta por favor llame al Departamento para Acceso de Pacientes: (951) 788-3331

4445 Magnolia Avenue • Riverside, CA • 92501  
Main Hospital: 951.788.3000

www.riversidecommunityhospital.com

