



# Prerregistro para maternidad

## Información de la paciente

Fecha prevista de parto	Obstetra o partera remitente	Médico del bebé	Médico de atención primaria
Apellido legal de la paciente	Primer nombre	Segundo nombre	Nombre anterior o nombre de soltera
Dirección postal de la paciente	Ciudad	Estado	Código postal
Estado civil <input type="checkbox"/> Sol. <input type="checkbox"/> Sep. <input type="checkbox"/> Cas. <input type="checkbox"/> Viu. <input type="checkbox"/> Div.	Número del Seguro Social de la paciente	Dirección de correo electrónico de la paciente	Raza
Marque la(s) que corresponda(n) para este embarazo <input type="checkbox"/> Adopción abierta <input type="checkbox"/> Adopción cerrada <input type="checkbox"/> Maternidad surrogada <input type="checkbox"/> Sustituta gestacional <input type="checkbox"/> N/C		Preferencia religiosa de la paciente	País de nacimiento de la paciente
Empleado de la paciente	Teléfono	Extensión	Ocupación
Dirección postal del empleador	Ciudad	Estado	Código postal

## Información del seguro del titular primario de la póliza de seguro

Apellido del titular de la póliza	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	Relación con la paciente	Sexo
Nombre de la compañía aseguradora primaria	Número de póliza	Número de grupo	Teléfono de la compañía aseguradora		
Dirección postal de la compañía aseguradora	Ciudad	Estado	Código postal		
Empleado del titular de la póliza (si el seguro es a través del empleador)	Número del Seguro Social del titular de la póliza	Ocupación	Teléfono de la casa/teléfono celular		
Teléfono del empleador	Ext.				

## Información del seguro para el titular secundario de la póliza de seguro

Apellido del titular de la póliza	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	Relación con la paciente	Sexo
Nombre de la compañía aseguradora secundaria	Número de póliza	Número de grupo	Teléfono de la compañía aseguradora		
Dirección postal de la compañía aseguradora	Ciudad	Estado	Código postal		
Empleado del titular de la póliza (si el seguro es a través del empleador)	Número del Seguro Social del titular de la póliza	Ocupación	Teléfono de la casa/teléfono celular		
Teléfono del empleador	Ext.				

¿En qué cobertura se incluirá al recién nacido?  En la póliza del titular primario  En la póliza del titular secundario  En ambas pólizas

## Información sobre pacientes que pagan por sus servicios

<input type="checkbox"/> Si no tiene seguro, marque esta casilla para recibir el paquete de ayuda financiera.	Si no cuenta con un seguro en Oregón o Washington, ¿ha solicitado la inscripción en Oregon Health Plan o en Washington Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	--

## Si la persona responsable de la cuenta es alguien que no es la paciente, debe completarse la siguiente sección.

Apellido (nombre del padre o la madre si la persona es menor)	Primer nombre	Segundo nombre	Relación	Sexo	Fecha de nacimiento
Dirección postal de la parte responsable	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono de la casa	
Núm. del Seguro Social de la parte responsable	Empleado de la persona responsable de la cuenta			Ocupación	
Dirección postal del empleador	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono	Ext.

## Persona de contacto en caso de emergencia (cónyuge o pariente más próximo)

Apellido (pariente más próximo)	Primer nombre	Segundo nombre	Relación	Teléfono de la casa	
Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono del trabajo/teléfono celular	
Otra persona de contacto en caso de emergencia (si se desea)	Relación			Teléfono de la casa	
Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono del trabajo/teléfono celular	

## Otra información

¿Ha sido alguna vez paciente de Legacy Health? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, ¿su historia clínica se guardó bajo otro nombre? Tenga en cuenta lo siguiente: _____
--	--