



## PREREGISTRO

Community Memorial Hospital tiene el gusto de ofrecer a nuestros pacientes un servicio de preregistro que nos permite verificar toda la información demográfica y de su seguro médico antes del parto. Las madres embarazadas deberían preregistrarse antes del séptimo mes del embarazo y llenar el formulario de preadmisión que se incluye en este folleto. El proceso de preregistro le permite a CMHS comunicarse con su compañía de seguros para verificar su plan y sus derechos, empezar la precertificación y obtener la preautorización para que usted pueda hacer los planes correspondientes.

Cuando termine de llenar la forma adjunta, favor de traerla al Departamento de Admisiones de Community Memorial Hospital.

**147 N. Brent St., Ventura, CA**  
**Lunes a viernes de las 6:00 a las 22:00 horas**

También se puede realizar el preregistro al final de la Visita de Maternidad.

### LAS VENTAJAS DEL PREREGISTRO:

- Eliminar el estrés de llenar papeles cuando esté en el proceso del parto o internada en el hospital.
- Eliminar demoras al salir del hospital porque le permite pagar sus copagos y cuotas del seguro antes de ser admitida.

### TENGA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DISPONIBLE:

- Identificación que incluya su fotografía y firma (por ejemplo, su licencia de manejo)
- Nombre del pediatra/médico familiar quien cuidará a su bebé
- Tarjeta de identificación e información sobre su aseguradora
- Nombre de la empresa donde trabaja
- Fecha de admisión/fecha anticipada del parto
- Número del Seguro Social
- Teléfonos para informar en caso de emergencia

*Para cualquier pregunta sobre el preregistro, llame al Departamento de Admisiones al 805/667-2845.*



Fecha anticipada de parto: Centro de salud familiar:
OB/GYN Doctor: Pediatra:
Fecha de su última menstruación: Médico principal:

INFORMACIÓN DE LA PACIENTE:

Apellido: Nombres: MI:
Apellido materno: Fecha de nacimiento: Sexo:
Dirección:
Ciudad: Estado: Código postal:
Teléfono de casa: Otro teléfono: Número de Seguro Social:
Estado civil: Religión: Raza:

TRABAJO DE LA PACIENTE:

Nombre de la empresa:
Dirección:
Ciudad: Estado: Código postal:
Teléfono del trabajo: Tipo de trabajo:
Clase: [ ] Tiempo completo [ ] Tiempo parcial [ ] Autónomo [ ] Discapacitado [ ] Desempleado

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

Nombre: Fecha de nacimiento: Ciudadano estadounidense: [ ] Yes [ ] No
Dirección:
Ciudad: Estado: Código postal:
Teléfono de casa: Número de Seguro Social: Parentesco con la paciente:
Empresa donde trabaja: Profesión:
Dirección:
Ciudad: Estado: Código postal:
Teléfono del trabajo:
Clase: [ ] Tiempo completo [ ] Tiempo parcial [ ] Autónomo [ ] Discapacitado [ ] Desempleado

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Nombre del seguro principal:
# Póliza: Grupo: Teléfono:
Nombre del seguro secundario:
# Póliza: Grupo: Teléfono:
[ ] Se incluirá al bebé en su plan de seguro.
[ ] Se incluirá al bebé en un plan de seguro distinto. Nombre del seguro:

PARIENTE MÁS CERCANO

Nombre: Parentesco con la paciente:
Dirección:
Ciudad: Estado: Código Postal:
Teléfono de casa: Otro teléfono:

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: Parentesco con la paciente:
Dirección:
Ciudad: Estado: Código Postal:
Teléfono de casa: Otro teléfono: