

Registro Previo

Community Memorial Healthcare tiene el placer de ofrecer a nuestras pacientes un servicio de registro previo que nos permite verificar todos los datos demográficos y de seguro antes de su parto. Las futuras madres deben hacer el registro previo a más tardar el séptimo mes del embarazo y completar el formulario previo al ingreso al dorso de este folleto. El proceso de registro previo permite a Community Memorial Healthcare comunicarse con su compañía de seguros para verificar beneficios y elegibilidad, comenzar la precertificación, y obtener las autorizaciones previas de antemano, para que usted pueda hacer sus planes en consecuencia.

Cuando complete el formulario al dorso de este documento, por favor, tráigalo al Departamento de Ingresos de Community Memorial Healthcare.

147 North Brent Street, Ventura, CA
6:00 am – 10:00 pm todos los días

Si tiene cualquier pregunta sobre cómo hacer el registro previo, por favor, llame al 805-948-8310.

Ventajas del Registro Previo

- Elimina el estrés de hacer papeleo cuando usted está en trabajo de parto o en el hospital
- Elimina los retrasos en el alta al permitirle pagar los copagos y el coaseguro antes de ingresar

Tenga la Siguiete Información Disponible

- Identificación que incluya su fotografía y firma (como su licencia de manejo)
- Nombre del Pediatra/Médico de Medicina Familiar que cuidará de su bebé
- Información/tarjeta de compañía de seguros
- Nombre de su empleador
- Fecha de ingreso/fecha prevista de parto
- Número del Seguro Social
- Números para avisos de emergencia



Formulario de Registro Previo de Obstetricia/Ginecología

Fecha Prevista de Parto _____

Centro de Salud _____

Ginecólogo/Obstetra _____

Pediatra _____

Última Menstruación _____

Médico de Atención Primaria _____

DATOS DE PACIENTE

Apellido _____ Nombre _____ 2ª Inicial _____

Apellido de Soltera _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de casa _____ Otro teléfono _____ SSN _____

Estado Civil _____ Religión _____ Raza _____

EMPLEADOR DE PACIENTE

Compañía _____ Dirección: calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono del Trabajo _____ Ocupación _____

Estado Tiempo Completo Tiempo Parcial Por cuenta propia Discapacitada Desempleada

SUSCRIPTOR DE SEGURO

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Ciudadano EEUU Sí No

Dirección: calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de casa _____ SSN _____

Relación con Paciente _____ Empleador _____ Ocupación _____

Dirección: calle _____ Ciudad _____

Estado _____ Código Postal _____ Teléfono del Trabajo _____

Estado Tiempo Completo Tiempo Parcial Por cuenta propia Discapacitada Desempleada



DATOS DEL SEGURO

Nombre del Seguro Principal _____

Póliza # _____ Grupo # _____ Teléfono _____

Nombre del Seguro Secundario _____

Póliza # _____ Grupo # _____ Teléfono _____

El bebé se añadirá a su plan de seguro.

El bebé se añadirá a un plan de seguro distinto. Nombre del seguro _____

PARIENTE MÁS CERCANO

Nombre _____ Relación con Paciente _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de casa _____ Otro teléfono _____

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre _____ Relación con Paciente _____

Dirección: calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de casa _____ Otro teléfono _____