



FBC.PRE.ADM

OFFICE USE ONLY

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DE LA PACIENTE					
FECHA PREVISTA PARA DAR A LUZ	MÉDICO OBSTETRA O PARTERA	PEDIATRA	MÉDICO DE CABECERA		
APELLIDOS DE LA PACIENTE	NOMBRE DE LA PACIENTE		NOMBRE DE SOLTERA	FECHA DE NACIMIENTO	
DIRECCIÓN DONDE RECIBE CORRESPONDENCIA LA PACIENTE CIUDAD			ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CONDADO
DOMICILIO (SI ES DIFERENTE AL DE ARRIBA)				¿ESTÁ DENTRO DE UNA CIUDAD O PUEBLO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> SOLTERA <input type="checkbox"/> SEPARADA <input type="checkbox"/> CASADA <input type="checkbox"/> VIUDA <input type="checkbox"/> DIVORCIADA		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		PREFERENCIA RELIGIOSA DE LA PACIENTE	
LUGAR DE EMPLEO DE LA PACIENTE		TEL. DE EMPLEO CON EXTENSIÓN		SU OFICIO O PUESTO	
DOMICILIO DEL EMPLEO		CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL
INFORMACIÓN SOBRE SU SEGURO MÉDICO					
SU PLAN DE SEGURO PRINCIPAL			<input type="checkbox"/> ¿ES PÓLIZA DE GRUPO? <input type="checkbox"/> ¿ES PÓLIZA INDIVIDUAL?	¿NECESITA AUTORIZACIÓN PREVIA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
NOMBRE EL ASEGURADO(A)		NÚMERO DE SU GRUPO		NÚMERO DE ID DE SU PÓLIZA	
DOMICILIO PARA ENVIAR RECLAMOS		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO
¿TIENE PLAN DE SEGURO SECUNDARIO?			<input type="checkbox"/> ¿ES PÓLIZA DE GRUPO? <input type="checkbox"/> ¿ES PÓLIZA INDIVIDUAL?	¿NECESITA AUTORIZACIÓN PREVIA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
NOMBRE EL ASEGURADO(A)		NÚMERO DE SU GRUPO		NÚMERO DE ID DE SU PÓLIZA	
DOMICILIO PARA ENVIAR RECLAMOS		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO
LUGAR DE EMPLEO DEL ASEGURADO (SI ES QUE HAY SEGURO SECUNDARIO)					
INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO MEDICAID					
INFORMACIÓN DEL MEDICAID		NÚMERO DE PROGRAMA	SUCURSAL	ESTADO	NÚMERO ID DE BENEFICIARIO
LUGAR O DOMICILIO DE LA AGENCIA			JEFE DE FAMILIA (EL NOMBRE QUE APARECE COMO JEFE EN LA PÓLIZA)		
INFORMACIÓN PARA PACIENTE QUE NO CUENTA CON SEGURO MÉDICO					
<input type="checkbox"/> SI NO TIENE SEGURO MÉDICO, MARQUE SI DESEA RECIBIR UN PAQUETE DE INFORMACIÓN SOBRE AYUDA FINANCIERA			SI NO TIENE SEGURO MÉDICO Y VIVE EN OREGON ¿YA SOLICITÓ EL <b>OREGON HEALTH PLAN</b> (OHP)? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
SI LA PERSONA QUE SE HARÁ RESPONSABLE DE LA CUENTA NO ES LA PACIENTE, COMPLETE LA PARTE SIGUIENTE CON LA INFORMACIÓN DE DICHA PERSONA (PADRE, ESPOSO, ETC)					
APELLIDOS		NOMBRES		PARENTESCO CON LA PACIENTE	
PARTE RESPONSABLE DIRECCIÓN DE CORREO		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL			SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	FECHA DE NACIMIENTO	
LUGAR DE EMPLEO			SU OFICIO O PUESTO		
DOMICILIO DEL EMPLEO		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO
CONTACTOS DE EMERGENCIA					
APELLIDOS		NOMBRES		PARENTESCO CON LA PACIENTE	
DOMICILIO		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TEL. DE CASA
OTRO CONTACTO PARA EMERGENCIA: APELLIDOS		NOMBRES		PARENTESCO CON LA PACIENTE	
DOMICILIO		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TEL. DE TRABAJO

 **Silverton Health**  
Maternity Pre-Registration

PATIENT IDENTIFICATION LABEL



FBC.PRE.ADM

**INFORMACIÓN SOBRE VISITAS ANTERIORES**¿HA SIDO UD PACIENTE EN SILVERTON HOSPITAL ANTES?  SÍ  NO

SI HA SIDO PACIENTE ANTES, ¿FUÉ REGISTRADA BAJO OTRO NOMBRE? ¿CUÁL?

**INFORMACIÓN SOBRE EL RECIÉN NACIDO**

NOMBRE LEGAL COMPLETO DEL RECIÉN NACIDO ASÍ COMO DEBE APARECER EN EL ACTA DE NACIMIENTO (NOMBRES, APELLIDOS Y SUFIJOS)

NOMBRE LEGAL COMPLETO DEL RECIÉN NACIDO ASÍ COMO DEBE APARECER EN EL ACTA DE NACIMIENTO (NOMBRES, APELLIDOS Y SUFIJOS)

NOMBRE LEGAL ACTUAL DE LA MADRE (NOMBRES, APELLIDOS, SUFIJOS)

NOMBRE COMPLETO DE LA MADRE EN SU ACTA DE NACIMIENTO (NOMBRES, APELLIDOS, SUFIJOS)

 IGUAL QUE EL NOMBRE ACTUAL

LUGAR DE NACIMIENTO DE LA MADRE: ESTADO O PROVINCIA (Y PAÍS SI NACIÓ FUERA DE EE.UU.)

**ATRIBUTOS PERSONALES DE LA MADRE DEL RECIÉN NACIDO****EDUCACIÓN:** ¿HASTA QUÉ NIVEL DE ESTUDIO COMPLETÓ? SEGUNDO DE SECUNDARIA O MENOS SECUNDARIA O PREPARATORIA SIN DIPLOMA DIPLOMA DE PREPARATORIA O G.E.D. ESTUDIOS UNIVERSITARIOS SIN DIPLOMA TÍTULO TECNICO (AA, A.S. E.G.) LICENCIATURA (E.G., BA, BS, AB) MAESTRIA (E.G., MA, MS, MENG, MED, MSW, MBA) DOCTORADO (E.G., PHD, EDD) TÍTULO PROFESIONAL (MD, DDS, DVM, JD)**GRUPO ÉTNICO:** ¿ES DE ORIGEN HISPANO O LATÍNO? (EJ: CUBANA, MEXICANA, PUERTORRIQUEÑA, ETC)

MARQUE LAS QUE CORRESPONDEN: NO DEJE EN BLANCO ESTA PREGUNTA.

 NO, NO SOY HISPANA O LATINA SÍ, SOY MEXICANA, MEXICO-AMERICANA O CHICANA SÍ, SOY PUERTORRIQUEÑA SÍ, SOY CUBANA SÍ, SOY DE OTRO PAIS LATINOAMERICANO ¿CUÁL?**RAZA:** ¿CUÁL ES SU RAZA? PUEDE MARCAR MAS DE UNA SI CORRESPONDE (NO SE CONSIDERA HISPANA COMO RAZA). BLANCA  NEGRA O AFROAMERICANA  INDÍGENA AMERICANA O NATIVA DE ALASKA (MENCIONE SU TRIBU) INDIA (DE LA INDIA)  JAPONESA  SAMOANA  CHINA  FILIPINA  KOREANA  VIETNAMITA  ASIÁTICA (MENCIONE) GUAMANIANA CHAMORRO NATIVA HAWAIANA NATIVA DE OTRA ISLA (MENCIONE) - OTRA (MENCIONE)**PADRE/SEGUNDO LEGAL INFORMACIÓN DE FILIACIÓN DE LOS PADRES**

NOMBRE LEGAL ACTUAL(NOMBRES, APELLIDOS, SUFIJOS)

TELÉFONO

FECHA DE NACIMIENTO

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

LUGAR DE NACIMIENTO (ESTADO/PROVINCIA, PAÍS)

DOMICILIO

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

**EDUCACIÓN:** ¿HASTA QUÉ NIVEL DE ESTUDIO COMPLETÓ? SEGUNDO DE SECUNDARIA O MENOS SECUNDARIA O PREPARATORIA SIN DIPLOMA DIPLOMA DE PREPARATORIA O G.E.D. ESTUDIOS UNIVERSITARIOS SIN DIPLOMA TÍTULO TECNICO (AA, A.S. E.G.) LICENCIATURA (E.G., BA, BS, AB) MAESTRIA (E.G., MA, MS, MENG, MED, MSW, MBA) DOCTORADO (E.G., PHD, EDD) TÍTULO PROFESIONAL (MD, DDS, DVM, JD)**GRUPO ÉTNICO:** ¿ES DE ORIGEN HISPANO O LATÍNO? (EJ: CUBANA, MEXICANA, PUERTORRIQUEÑA, ETC)

MARQUE LAS QUE CORRESPONDEN: NO DEJE EN BLANCO ESTA PREGUNTA.

 NO, NO SOY HISPANA O LATINA SÍ, SOY MEXICANA, MEXICO-AMERICANA O CHICANA SÍ, SOY PUERTORRIQUEÑA SÍ, SOY CUBANA SÍ, SOY DE OTRO PAIS LATINOAMERICANO ¿CUÁL?**RAZA:** ¿CUÁL ES SU RAZA? PUEDE MARCAR MAS DE UNA SI CORRESPONDE (NO SE CONSIDERA HISPANA COMO RAZA). BLANCA  NEGRA O AFROAMERICANA  INDÍGENA AMERICANA O NATIVA DE ALASKA (MENCIONE SU TRIBU) INDIA (DE LA INDIA)  JAPONESA  SAMOANA  CHINA  FILIPINA  KOREANA  VIETNAMITA  ASIÁTICA (MENCIONE) GUAMANIANA CHAMORRO NATIVA HAWAIANA NATIVA DE OTRA ISLA (MENCIONE) - OTRA (MENCIONE)

**Silverton Health**  
 Maternity Pre-Registration

PATIENT IDENTIFICATION LABEL