

Hola:

Pronto ingresara en el hospital y queremos darle la bienvenida de parte de nuestro personal de Palomar Health. Estamos complacidos de poderle atender y haremos todo lo que esté a nuestro alcance para que su estancia con nosotros sea lo más breve y agradable posible.

Si está es su primera experiencia como paciente del hospital, puede tomar un poco en familiarizarse con nuestra rutina y entenderla. Puede sorprenderse por la necesidad de algunas reglas y procedimientos, pero existen buenas razones por todo lo que hacemos en el hospital, todo basado en la experiencia en el cuidado y el tratamiento de los pacientes.

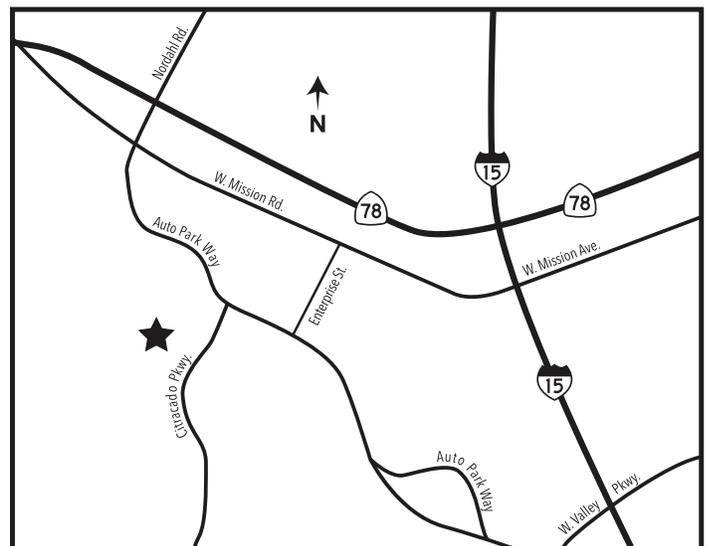
Si se registra antes de su fecha de espara eliminará el proceso de admisión, el tener que completar numerosos formularios y responder varias preguntas necesarias. **La preinscripción no es sólo una conveniencia para usted, sino también es una enorme ayuda para el hospital.**

Por favor tome un momento ahora y complete el formulario de la página adjunta. Asegúrese de contestar completamente todas las preguntas. Si tiene alguna duda con respecto a su admisión, no dude en comunicarse con la Oficina de Admisiones.

TELÉFONO

(442) 281-1285

Birth Center Admitting
2185 Citracado Parkway
Escondido, CA 92029



INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA LA PRE ADMISIÓN

CONSERVE ESTA PARTE PARA SU REFERENCIA

Usted está a punto de convertirse en un V.I.P (Paciente muy importante).

SUS ESTADÍSTICAS VITALES:

La ley requiere mucha información sobre estadísticas y antecedentes lo que hace que formulemos muchas preguntas. El brindar asistencia médica es una ciencia exacta y los registros del hospital demandan detalles grandes y precisos. Estos registros permanentes son completamente confidenciales y no se pueden hacer públicos sin su consentimiento.

La información que usted proporciona es necesaria para las personas que están involucradas con su atención.

SU SEGURO DE HOSPITAL:

Si usted es un miembro de un Seguro de Grupo cubierto por los beneficios del seguro de salud de Medicare o MediCal o cubierto por un programa de salud de una dependencia de las fuerzas armadas, sírvase traer una tarjeta de identificación de manera de poder determinar oportunamente sus beneficios.

La cobertura de su seguro de hospitalización es un contrato entre usted y su compañía de seguro. Haremos todo lo posible para acelerar su reclamo, pero usted es responsable de su cuenta.

SU FACTURA DEL HOSPITAL:

Su cargo diario por el servicio de hospital incluye el servicio de enfermería durante las 24 horas, todas las comidas y los alimentos especiales. Los cargos por servicios especiales para suministro de medicación en el hogar son adicionales y serán detallados en su factura.

Los servicios profesionales, incluida la atención suministrada por su médico y el anestesista, no se incluyen en su factura de hospital. Recibirá una factura separada por estos servicios. Además, los cargos por las Interpretaciones Profesionales realizadas en los Departamentos de Radiología, Laboratorio o Electrocardiograma, le serán facturados por separado. Los pacientes que no tengan cobertura de seguro de hospital, deberán verificar en la Oficina de Admisiones los requisitos actuales de depósito. Si necesita asesoramiento económico, comuníquese con la Oficina de Admisiones, que estará dispuesta a ayudarle.

QUÉ TIENE QUE TRAER:

Elementos esenciales tales como artículos personales de tocador, bata y pantuflas.

Su hospital no puede asumir responsabilidad por la pérdida de los artículos personales. Es aconsejable que deje en su casa los artículos de valor, tales como dinero o alhajas. Si esto representa un inconveniente, solicite guardarlos en la caja de seguridad del hospital.

Como somos responsables de todos los medicamentos ordenados por su médico mientras está en nuestro hospital, le pedimos que deje todos sus medicamentos en su casa.

PARA QUE SE SIENTA “EN CASA” ...

Le informaremos a su médico sobre su llegada y él se encargará completamente de su atención médica desde ese momento hasta que abandon nuestro hospital.

Las flores que le envíen le serán entregadas inmediatamente.

Verá y conocerá sólo a algunas de las tantas pero tantas personas que forman la familia del hospital. Están trabajando constantemente para brindar los servicios necesarios para su atención y hacer que llegue más rápido el día en que estará de regreso en su hogar.

¿Este embarazo es una maternidad subrogada? Sí No

Nombre de la agencia: _____ N° de telefono: _____

¿Cuál es el idioma primario que se habla en la casa? _____

Necesita un intérprete? Sí No

Incluya una copia del frente y reverso de su tarjeta de seguro, junto con su identificación.

Alguna vez fue atendida en Palomar Health? Sí No

| | |
|---------------------------|-----------------------------|
| Grupo médico / Clínica | Fecha probable de parto |
| Médico obstetra / Partera | Médico de atención primaria |
| Pediatra | |

| | | | | | | | |
|-------------------------|---------------------|---------------|------------------------|----------------|---------------|---|--|
| Apellido (paciente) | | Primer nombre | | Segundo nombre | | Apellido de soltera | |
| Domicilio | | Depto. # | Ciudad | Estado | Código postal | N° de teléfono () | |
| Edad | Fecha de nacimiento | Raza | Estado civil | Religión | Ocupación | <input type="checkbox"/> T. parcial <input type="checkbox"/> T. compl. | |
| Empleador | | | N° de teléfono. () | | Extensión | Estado de nacimiento | |
| Dirección del empleador | | | Ciudad | Estado | Código postal | N° licencia conductor /Identificación Estado | |

| | | | | | | | |
|-------------------------|--|-----------|---------------------|--------|---------------------|--|--|
| Cónyuge/Pareja | | | Fecha de nacimiento | | N° de seguro social | | |
| Domicilio | | Depto. # | Ciudad | Estado | Código postal | N° de teléfono () | |
| Ocupación | | Empleador | | | | N° de teléfono Ext. () | |
| Dirección del empleador | | | Ciudad | Estado | Código postal | N° licencia conductor /Identificación Estado | |

| | | | | | | | |
|---|--|---------|--------|--------|---------------|-----------------------|--|
| Familiar o amigo (que no sea el esposo o la pareja) | | | | | Relación | | |
| Dirección | | Apto. # | Ciudad | Estado | Código postal | N° de teléfono () | |

| | | |
|--|--|-----------------------|
| Completar la información adecuada:  | <input type="checkbox"/> Sin seguro (verificar con Hospital) | |
| | <input type="checkbox"/> Otro seguro | |
| <input type="checkbox"/> N° de Medi-Cal. _____ | | Fecha emisión: _____ |
| Nombre asistente social: _____ | | N° de teléfono: _____ |

| | | | | | | | |
|---|--|--|--------|---------------|--|------------------------|--|
| Nombre de la compañía de seguros (primaria) | | N° de ID del miembro o N° de Seguro social | | N° de grupo | | Nombre del suscriptor | |
| Dirección | | Ciudad | Estado | Código postal | | N° de teléfono () | |
| Nombre de la compañía de seguros (secundaria) | | N° de ID del miembro o N° de Seguro social | | N° de grupo | | Nombre del suscriptor | |
| Dirección | | Ciudad | Estado | Código postal | | N° de teléfono. () | |

Comentarios: _____