



FORMULARIO DE PREADMISIÓN DE MATERNIDAD

FAVOR DE LLENAR DEVOLVER ESTE FORMULARIO INMEDIATAMENTE

INFORMACIÓN DE LA PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE _____ # SEGURO SOCIAL _____
APELLIDO NOMBRE INICIAL

¿ALGUNA VEZ HA SIDO PACIENTE EN UN CENTRO DE SHARP? SÍ NO SI FUE ASÍ, ¿EN QUÉ AÑO? _____

¿BAJO QUÉ NOMBRE? _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

CIUDAD DONDE NACIÓ _____ APELLIDO DE SOLTERA _____ ESTADO CIVIL _____

DIRECCIÓN _____
CALLE CIUDAD ESTADO ZONA POSTAL

#TELÉFONO _____ #CELULAR _____ DIRRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO _____

NACIONALIDAD _____ LICENCIA DE MANEJAR _____ ESTADO _____

OCUPACIÓN _____ EMPLEADOR _____ TC/MT (TIEMPO COMPLETO/MEDIO TIEMPO) _____

DIRECCION DEL EMPLEADOR _____
CALLE CIUDAD ESTADO ZONA POSTAL

#TELÉFONO DEL EMPLEADOR _____ RELIGIÓN _____

¿TIENE INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA DECISIONES DE SALUD/TESTAMENTO EN VIDA? SÍ NO SI ES ASÍ, ADJUNTE UNA COPIA

INFORMACIÓN DEL PADRE DEL BEBÉ

NOMBER COMPLETO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____
APELLIDO NOMBRE INICIAL MES DÍA AÑO

DIRECCIÓN _____ #TELÉFONO _____ #CELULAR _____
CALLE CIUDAD ESTADO ZONA POSTAL

#SEGURO SOCIAL _____ OCUPACIÓN _____ TC/MT (TIEMPO COMPLETO/MEDIO TIEMPO) _____

EMPLEADOR _____ #TELÉFONO DEL EMPLEADOR _____

DIRECCION DEL EMPLEADOR _____
CALLE CIUDAD ESTADO ZONA POSTAL

ORTOS

ORTO CONTACTO DE EMERGENCIA _____ PARENTESCO _____

DIRECCIÓN _____ #TELÉFONO (HOGAR) _____ (TRABAJO) _____ #CELULAR _____

INFORMACIÓN SOBRE SU VISITA

¿CUÁL ES LA FECHA DE SU PARTO? _____ ¿QUIÉN ES SU MÉDICO OBSTETRA? _____

¿QUIÉN ES SU MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA? _____ ¿QUIÉN ES SU MÉDICO PEDIATRA? _____

¿ES ESTE UN EMBARAZO POR SUBROGACIÓN? SÍ NO

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

NOMBRE DEL SEGURO PRINCIPAL _____ NOMBRE DEL SEGURO SECUNDARIO _____

#TELÉFONO DEL SEGURO _____ #TELÉFONO DEL SEGURO _____

DIRECCIÓN _____ DIRECCIÓN _____

#PÓLIZA _____ #GRUPO _____ #PÓLIZA _____ #GRUPO _____

#MIEMBRO _____ FECHA DE VIGENCIA _____ #MIEMBRO _____ FECHA DE VIGENCIA _____

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA _____ NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA _____

NOTA: POR FAVOR ADJUNTE COPIAS DEL FRENTE Y REVERSO DE SU(S) TARJETA(S) DE SEGURO MÉDICO Y UNA IDENTIFICACIÓN FOTOGRAFÍA