



PACIENTE SIN CITA

Formulario de Pre-Inscripción para Trabajo de Parto y Alumbramiento

PARTE A:

Fecha: _____ Hora: _____

Nombre de la paciente: _____
Apellido Nombre de pila Segundo nombre Apellido de soltera

¿Ha sido tratada aquí anteriormente con otro nombre? SÍ _____ NO _____

En caso que SÍ, ¿con qué nombre? _____ Fecha en que espera a su bebé: _____

Nombre de su médico: _____ El médico de los niños: _____

¿Está sintiendo actualmente señales o síntomas de parto? SI _____ NO _____ Si es NO, vaya a la Parte B (debajo)

En caso que SÍ:

Si está experimentando actualmente señales o síntomas de parto DETÉNGASE AQUÍ y hágaselo saber a la enfermera de la Sala de Partos antes de llenar este formulario.

Nurses notes (if patient indicates signs and symptoms of labor): Chief Complaint _____

- Labor check (MSE) offered
- Patient declined MSE at this time
- Patient received MSE

RN Name: _____ Signature: _____

PARTE B:

INFORMACIÓN DE LA PACIENTE:

Fecha de nacimiento: _____ Edad _____ Altura _____ No. Seguro Social _____

Origen étnico: _____ Religión: _____ Estado civil _____

Domicilio: _____ Código postal _____ Condado _____

Dirección postal: _____

Teléfono en la casa: _____ ¿Fuma? SI _____ NO _____

¿Es alérgica a algún alimento o medicina? SI _____ NO _____ Enumere: ¿A qué? _____

Ocupación: _____ ¿Tiene seguro médico? SI _____ NO _____

Nombre de la compañía del Seguro: _____

Dirección y número de teléfono de la aseguranza: _____

Número del grupo: _____ Número del miembro: _____

Está asegurada a través de su trabajo? SI _____ NO _____

Empleador de la paciente: _____ ¿De tiempo completo? _____ ¿Tiempo parcial? _____

Dirección del empleador: _____ Teléfono en el trabajo: _____

INFORMACIÓN DEL ESPOSO O COMPAÑERO:

Nombre del esposo o compañero: _____

Fecha de nacimiento del esposo o compañero: _____

Domicilio: _____ Código postal: _____

Teléfono en la casa: _____

Número de Seguro Social del esposo o compañero: _____

Ocupación del esposo o compañero: _____

Empleador del esposo o compañero: _____

¿De tiempo completo? _____ ¿Tiempo parcial? _____

Dirección del empleador: _____ Teléfono en el trabajo: _____

¿Tiene seguro médico el esposo o compañero? SI _____ NO _____

Nombre de la compañía del Seguro: _____

Dirección y número de teléfono del Seguro: _____

Número del grupo: _____ Número del miembro: _____

¿Está usted asegurada a través de su esposo o compañero? SI _____ NO _____

EN CASO DE EMERGENCIA: ¿A QUIEN LLAMAMOS?

Nombres de las personas a quienes se debe llamar si su esposo o compañero no está disponible:

Nombre: _____ Relación: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Complete por favor toda la información que se pide anteriormente y envíe por correo a:

Sutter Medical Center of Santa Rosa
3325 Chanate Rd. Santa Rosa, Ca. 95404
Attention: Admitting
o Envíe por FAX al (707) 576-4481