

HUNTINGTON HOSPITAL – FORMULARIO DE INGRESO / PRE-ADMISIÓN

Ambulatorio (cirugía sin hospitalización) Cirugía con hospitalización Ingreso por maternidad

FECHA DE INSCRIPCIÓN / INGRESO PREVISTO _____ / _____ / _____ MÉDICO _____

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ NÚMERO DE CONTACTO PREFERIDO _____

DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA _____ PARENTESCO _____ NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO _____

DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

PARIENTE MÁS CERCANO _____ PARENTESCO _____ NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO _____

DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

COBERTURA DE SEGURO PRINCIPAL – INFORMACIÓN DEL TARJETAHABIENTE

PERSONA RESPONSABLE POR LA CUENTA _____

PARENTESCO CON EL PACIENTE _____ N° DE SEGURO SOCIAL _____ - _____ - _____

DIRECCIÓN SI ES DIFERENTE DEL PACIENTE _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

LA PERSONA RESPONSABLE ESTÁ EMPLEADA POR _____

OCUPACIÓN _____ N° DE TELÉFONO DEL TRABAJO _____

DIRECCIÓN DE NEGOCIO _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

CORREDOR DE SEGURO _____

N° DE IDENTIFICACIÓN _____ N° DE GRUPO _____

COBERTURA DE SEGURO SECUNDARIA – INFORMACIÓN DEL TARJETAHABIENTE

TARJETAHABIENTE _____

PARENTESCO CON EL PACIENTE _____ N° DE SEGURO SOCIAL _____ - _____ - _____

DIRECCIÓN SI ES DIFERENTE DEL PACIENTE _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

TARJETAHABIENTE ESTÁ EMPLEADO POR _____ OCUPACIÓN _____ N° DE TELÉFONO DEL TRABAJO _____

DIRECCIÓN DE NEGOCIO _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

CORREDOR DE SEGURO _____ N° DE IDENTIFICACIÓN _____ N° DE GRUPO _____

SÓLO PARA LAS PACIENTES DE MATERNIDAD: Fecha de la última menstruación _____ / _____ / _____

Nombre de soltera del paciente _____

Nombre del padre del recién nacido _____ **Fecha de nacimiento** _____ / _____ / _____