



HOWARD COUNTY
GENERAL HOSPITAL

JOHNS HOPKINS MEDICINE

Envíe el formulario completo a:
Howard County General Hospital
Admisiones/Registro
5755 Cedar Lane
Columbia, MD 21044

Formulario de registro previo para obstetricia



Este formulario también se encuentra disponible en internet en: www.hcgh.org

Obstetra o consultorio de obstetricia/ginecología

Fecha prevista de parto

Médico de atención primaria

Fecha de la última menstruación

INFORMACIÓN DE LA PACIENTE (madre)

Apellido Primer nombre Inicial del segundo nombre

Apellido de soltera Fecha de nacimiento: / / Estado civil: C S V D SEP

Núm. de Seguro Social: - - Raza Origen étnico

Idioma principal Religión Afiliación

Dirección

Ciudad Condado Estado Código postal

Tel. (particular) (laboral) (celular)

Ocupación Correo electrónico

Empleador Estado: TC TP DE INDEP

Dirección del empleador

Ciudad Condado Estado Código postal

¿Tiene un testamento en vida y/o Poder legal médico? S (proporcionar copia) N Ciudadana de los EE.UU.: S N

Pediatra seleccionado

FAMILIAR/CONTACTO DE EMERGENCIA (que no sea el cónyuge)

Apellido Primer nombre Inicial del segundo nombre

Dirección

Ciudad Condado Estado Código postal

Tel. (particular) (laboral) (celular)

Relación con la paciente Correo electrónico

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE

Padre del bebé

Apellido Primer nombre Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento: / / Núm. de Seguro Social: - - Raza Ciudadano de los EE.UU.: S N

Dirección

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE - CONTINUACIÓN

Ciudad	Condado	Estado	Código postal
Tel. (particular)	(laboral)	(celular)	
Ocupación	Correo electrónico		
Empleador	Estado: TC TP DE INDEP		
Dirección del empleador			
Ciudad	Condado	Estado	Código postal

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Primario

Nombre del titular primario de la póliza

Fecha de nacimiento: / /	Raza	Estado civil: C S V D SEP	
Núm. de Seguro Social: - -	Ciudadano de los EE.UU.: S N	Sexo: M F	
Ocupación:			
Empleador	Estado: TC TP DE INDEP		
Dirección del empleador			
Ciudad	Condado	Estado	Código postal
Nombre de la compañía de seguros	Tel.		
Núm. de póliza/ID/miembro	Núm. del grupo		
Dirección para reclamaciones			
Ciudad	Condado	Estado	Código postal

¿Será agregado el niño al mismo plan de seguro médico de la madre? S N
Si la respuesta es No, complete la información sobre la póliza que aparece a continuación:

Nombre del titular de la póliza del niño

Nombre de la compañía de seguros	Tel.
Núm. de póliza/ID/miembro	Núm. del grupo

Secundario

Nombre del titular secundario de la póliza	Fecha de nacimiento: / /	Núm. de Seguro Social: - -	
Ocupación			
Empleador	Estado: TC TP DE INDEP		
Dirección del empleador			
Ciudad	Condado	Estado	Código postal
Nombre de la compañía de seguros	Tel.		
Núm. de póliza/ID/miembro	Núm. del grupo		
Dirección para reclamaciones			
Ciudad	Condado	Estado	Código postal

INCLUYA UNA COPIA DE SU(S) TARJETA(S) DE SEGURO