



Reservación de Pre-Admisión

Llene este formulario COMPLETEAMENTE. No podemos procesar su registro si no se llena este formulario.

Nombre de la Paciente _____
Apellido Primero Apellido de Soltera

Nombre de la Paciente _____
Calle Ciudad/Estado Código Postal Teléfono

Dirección Actual de la Paciente _____
Calle Ciudad/Estado Código Postal Teléfono

Estado Civil _____ Religión _____ Fecha de Nacimiento _____ Lugar de Nacimiento _____

Edad _____ Número de Seguro Social de Paciente _____

Ocupación de la Paciente _____ Nombre del Empleador _____

Dirección del Empleador _____ Teléfono _____

Nombre del Cónyuge a Parient Más Cercano _____ Fecha de Nacimiento del Cónyuge _____ Teléfono _____

Nombre del Cónyuge _____

Parte Responsable _____
Apellido Primero Segunda Inicial/Nombre

Address _____
Calle Ciudad/Edad Código Postal

Ocupación _____ Número de Seguro Social _____

Empleador _____ Duración de Empleo _____

Dirección del Empleador _____ Teléfono _____

Nombre de Su Médico _____

¿Espera usted un parto vaginal? ☐ ¿Cesaréa? ☐ Fecha esperada de Parto _____

Información de Seguro:

Se le requiere ponerse en contacto con su Plan de Seguro para previa autorización antes de su fecha esperada para asegurar el pago apropiado.

Nombre de la Paciente Asegurada

Nombre de la Paciente Asegurada

Nombre de la Compañía de Seguros

Nombre de la Compañía de Seguros

Dirección para Enviar las Cuentas

Dirección para Enviar las Cuentas

Número de Póliza/Número de Identificación

Número de Póliza/Número de Identificación

Empleador que Expidió la Póliza

Empleador que Expidió la Póliza

Número de Teléfono de la Compañía de Seguros

Número de Teléfono de la Compañía de Seguros

* Cualquier porción de su cuenta que no esté cubierta por el seguro hay que pagar al dar de alta

FOLD

NO POSTAGE
NECESSARY
IF MAILED
IN THE
UNITED STATES

BUSINESS REPLY MAIL

FIRST CLASS PERMIT NO. 6512 PHOENIX, ARIZONA

POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

**West Valley Hospital Medical Center
P.O. Box 5370
Goodyear, AZ 85338**

FOLD
