

## REGISTRO DE PREINGRESO PARA MATERNIDAD HOAG MEMORIAL HOSPITAL PRESBYTERIAN

Este formulario contiene información importante. Por favor envíe este formulario completo a Hoag Hospital **inmediatamente**.

**\*Por favor engrape una copia del frente y del dorso de cada tarjeta de seguro médico.**

### INFORMACIÓN DE PARTO

FECHA DE LA ULTIMA MENSTRUACIÓN _____	CESAREA PLANEADA <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	NO. DE NACIMIENTOS ESPERADOS _____	ESTE ES SU PRIMER BEBÉ? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
NOMBRE DEL PEDIATRA: _____ ESTA MÉDICO DEBE TENER PRIVILEGIOS DE CUIDADO DE RECIEN NACIDOS EN HOAG HOSPITAL.			

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE		FECHA PROYECTADA DE PARTO		NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO	
FECHA DE NACIMIENTO	RAZA	IDIOMA PRINCIPAL	RELIGIÓN	ESTADO CIVIL	NO. DE SEGURO SOCIAL (SS#)
DIRECCIÓN	NO. DE APARTAMENTO	CIUDAD / ESTADO / CÓDIGO POSTAL			NO. DE TELÉFONO
CORREO ELECTRONICO:	COMO LE GUSTARIA SER CONTACTADO? <input type="checkbox"/> CORREO ELECTRONICO <input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> TELÉFONO			NO. DE CELULAR	
VISITA ANTERIOR A HOAG HOSPITAL SÍ NO	NOMBRE USADO EN LA VISITA ANTERIOR (SI ES DISTINTO)			NO. DE LICENCIA DE CONDUCIR	
EMPLEO DEL PACIENTE	OCUPACIÓN			TIEMPE COMPLETO / PARCIAL	
DIRECCIÓN DEL EMPLEO	NO. DE OFICINA	CIUDAD / ESTADO / CÓDIGO POSTAL		NO. DE TELÉFONO	

### CÓNYUGE / COMPAÑERO / FAMILIAR DIRECTO

FAMILIAR DIRECTO / CÓNYUGE / COMPAÑERO		SI NO ES CÓNYUGE, RELACIÓN CON USTED	FECHA DE NACIMIENTO	NO. DE SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DEL FAMILIAR DIRECTO	NO. DE APARTAMENTO	CIUDAD / ESTADO / CÓDIGO POSTAL		NO. DE TELÉFONO
				NO. DE CELULAR
EMPLEO DEL CÓNYUGE / COMPAÑERO	OCUPACIÓN		TIEMPE COMPLETO / PARCIAL	
DIRECCIÓN DEL EMPLEO	NO. DE OFICINA	CIUDAD / ESTADO / CÓDIGO POSTAL		NO. DE TELÉFONO
PARIENTE CERCANO / AMIGO QUE NO VIVE CON LA PACIENTE	RELACIÓN		NO. DE TELÉFONO DE EMPLEO	
DIRECCIÓN	NO. DE APARTAMENTO	CIUDAD / ESTADO / CÓDIGO POSTAL		NO. DE TELÉFONO
				NO. DE CELULAR

### INFORMACIÓN DEL SEGURO MEDICO

SEGURO MÉDICO PRINCIPAL	NOMBRE DEL ASEGURADO / SUSCRIPTOR	NO. SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO / SUBSCRIPTOR	
DIRECCIÓN / CIUDAD / ESTADO / CÓDIGO POSTAL DEL SEGURO	NO. DE TELÉFONO	NO. DE PÓLIZA	NO. DE CERTIFICADO / IDENTIFICACIÓN
EMPLEADOR BAJO ESTE SEGURO MEDICO	DIRECCIÓN	NO. DE TELÉFONO	NO. DE AUTORIZACIÓN PREVIA, SI FUERA NECESARIO
SEGURO MÉDICO SECUNDARIO	NOMBRE DEL ASEGURADO / SUSCRIPTOR	NO. SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO / SUBSCRIPTOR	
DIRECCIÓN / CIUDAD / ESTADO / CÓDIGO POSTAL DEL SEGURO	NO. DE TELÉFONO	NO. DE PÓLIZA	NO. DE CERTIFICADO / IDENTIFICACION
EMPLEADOR BAJO ESTE SEGURO MÉDICO	DIRECCIÓN	NO. DE TELÉFONO	NO. DE AUTORIZACIÓN PREVIA, SI FUERA NECESARIO
SU BEBÉ SERA CUBIERTO BAJO ESTE SEGURO MEDICO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SI NO, BAJO QUE PLAN DE SEGURO MÉDICO? _____			

**\*POR FAVOR ENGRAPE UNA COPIA DE CADA UNA DE SUS TARJETAS DE SEGURO (FRENTE Y DORSO)**

#### Por Favor Protéjase

**Es posible que su compañía de seguro requiera que usted obtenga una autorización previa a su estadía en el hospital. Por favor consulte con su plan antes de ingresar al hospital.**

## INFORMACIÓN FINANCIERA Y DE PREINGRESO

Separe y guarde para su información

Es un placer haber sido elegidos para el nacimiento de su bebé. La información a continuación le será de importancia durante su estadía en Hoag Hospital.

### Su cobertura de seguro

Recientemente, muchas compañías de seguro han realizado cambios en las pólizas que podrían limitar los beneficios que pagan por servicios a los pacientes internados. Para su protección, consulte con su compañía (o compañías) de seguros para verificar que no haya requisitos especiales como **autorización** de preingreso o **segunda opinión**. La mayoría de las compañías de seguro requieren que el bebé sea inscrito en la póliza dentro de los 30 días de su nacimiento. **Por favor, presente una copia del frente y del dorso de la tarjeta del seguro cuando nos regrese este formulario completo.**

- Los cargos varían mucho según sus requisitos y el tipo de servicio que recibe.
- El depósito es únicamente un **cálculo** de los cargos.
- Se acepta cobertura de seguro verificada en lugar del depósito.
- Si el seguro le cubre menos del 80%, se le podría pedir que pague un depósito en base al cálculo de la porción de la cuenta que debe pagar usted.
- Si recibe servicios no anticipados se le podría requerir un pago adicional.
- Los precios están sujetos a cambios sin notificación previa.
- Le sugerimos que se comunique con su Representante de Servicio al Cliente al 949/764-8271 para obtener los requisitos de depósito específicos.
- Antes de ingresar al hospital deben estar abonados los saldos anteriores pendientes.

### Preingreso - Maternidad

Los formularios de preingreso están a su disposición en el consultorio de su médico, en la pagina oficial del hospital, y en el departamento de OB Education (949) 764-5940. Porfavor de completar el formulario de preingreso y regresarlo a Hoag Hospital **inmediatamente**.

### Cuarto y atención de enfermería\*

Los cargos de su atención diaria incluyen su **cuarto de atención personal** en la unidad de mamá y bebé, sus comidas y la atención de enfermería unicamente. Habrá cargos adicionales por servicios de farmacia, laboratorio, almacén central y parto y nacimiento.

### Artículos personales de valor

El hospital no será responsable por la pérdida o los daños sufridos de ninguna propiedad personal.

### Pagúete de maternidad\*

Hoag Hospital ofrece un paquete de maternidad (no aplica en caso de embarazos de alto riesgo) exclusivamente para nuestros pacientes sin seguro médico. **Se debe pagar por completo antes de ingresar al hospital**. Consulte con su Representante de Servicio al Cliente al 949/764-8271 para obtener detalles y precios. Nuestro Paquete de Maternidad incluye un cuarto de atención personal, materiales, servicios y medicamentos de rutina solamente. Se aplicarán cargos adicionales basados en sus requisitos personales y las órdenes de su médico por equipo o servicios especiales necesarios.

\* Usted recibirá facturas múltiples. Las facturas que recibe de su médico obstetra, anesthesiólogo, pediatra, neonatólogo, patólogo u otro especialista que participe en su atención y/o la de su bebé **son separadas y no están incluidas en la factura del hospital**. Estos cargos **no están incluidos** en ningún cargo único prepago.

### Visitas y alta del hospital

**Horario de visita** - Sala de parto: Horario de visita libre, las visitas serán a discreción del médico y/o enfermera.

Unidad de mamá y bebé: Horario de visita libre, las visitas serán a discreción del médico y/o enfermera.

### Alta del hospital

El horario de alta es antes de las 11 de la mañana. Los pacientes que reciban el alta después de las 2 de la tarde podrían estar sujetos a cargos adicionales. Después de las 6 de la tarde aplica el cargo completo de servicio de hospital diario. Es necesario imponer un horario específico de alta para atender a los pacientes que le siguen a usted. El cajero del hospital se comunicará con usted si se necesita más información sobre su salida del hospital. Verifique que el asiento infantil para automóvil este instalado apropiadamente en el vehículo que transporte a la mamá y al bebé a casa, según la ley de California que así lo requiere.

**Si tiene alguna pregunta, por favor llame a nuestra oficina al 949/764-8271**

## This Facility Is Legally Obligated To Serve The Community

This health care facility is required by law to make its services available to all people in the community.

- This facility is not allowed to discriminate against a patient because of race, creed, color, national origin, age or disability, or because a patient is covered by a program such as Medicaid or Medicare.
- If this facility provides emergency services, it must not deny those services to a person who needs them but cannot pay for them.

If you believe you have been improperly denied services, contact the Section 504 Coordinator of this facility at 949/764-8220 or call Toll Free 1-800/638-0742 (residents of Arizona, California, Hawaii and Nevada call 415/556-8586 (voice/TDD) for assistance).

## Esta Institucion Tiene La Obligacion Legal De Atender A La Comunidad

Esta institución de atención a la salud está obligada, por la ley, a poner sus servicios a disposición de toda la comunidad.

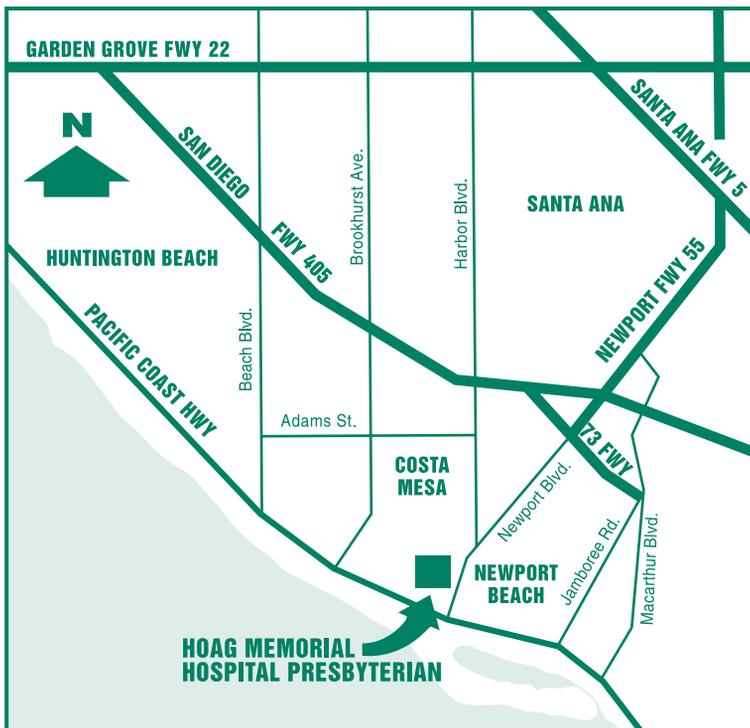
- Esta institución no puede discriminar contra un paciente debido a su raza, credo, color, origen nacional, edad o incapacidad o porque el paciente esté cubierto por un programa tal como Medicaid o Medicare.
- Si esta institución presta servicios de urgencia, no puede negar dichos servicios a quien los necesite y no pueda pagarlos.

Si usted cree que le negaron servicios indebidamente, comuníquese con el Coordinador de la Sección 504 de esta institución, al número 949/764-8220 o gratuitamente al número 1-800/638-0742 (los residentes de Arizona, California, Hawaii y Nevada deben llamar al 415/556-8586 (voz/TDD) para pedir ayuda).

## Your Privacy

Hoag Hospital assures protection of your personal health information under our Privacy Policy and HIPAA requirements.

Hoag Hospital garantiza la protección de su información personal de salud de acuerdo a la póliza de privacidad y los requisitos de HIPAA.



## HOAG MEMORIAL HOSPITAL PRESBYTERIAN

One Hoag Drive  
Newport Beach, California 92658-6100  
Financial Requirements (949) 764-8271  
Admissions (949) 764-8275  
[www.hoag.org](http://www.hoag.org)