

Preadmitting Form

CONFIDENTIAL

PLEASE PRINT. COMPLETE THIS FORM AND MAIL IMMEDIATELY OR BRING IN PERSON TO THE ADMITTING DEPARTMENT. ALSO, PLEASE INCLUDE A COPY OF YOUR INSURANCE CARD AND PHOTO I.D. INFORMATION YOU PROVIDE WILL BE USED TO EXPEDITE YOUR ADMISSION.



Northridge Hospital Medical Center
CHW

Maternity Pre-Admit Department
Northridge Hospital Medical Center
18300 Roscoe Boulevard
Northridge, CA 91325-9955

PREADMISSION INFORMATION:

DUE DATE _____ ADMISSION DATE _____

SMOKER
NON-SMOKER

DIABETIC YES
NO

ALLERGIES YES
NO

PATIENT'S NAME (LAST, FIRST, MIDDLE) _____ MAIDEN NAME _____ DOCTOR'S NAME _____

PATIENT'S HOME ADDRESS _____ CITY _____ STATE/ZIP _____ (AREA CODE) HOME PHONE NO. _____

BIRTHDATE _____ AGE _____ MARITAL STATUS _____ SOCIAL SECURITY NO. _____ DRIVER'S LICENSE NO. _____ RELIGION _____ ETHNIC ORIGIN (OPTIONAL) _____

PATIENT'S EMPLOYER _____

PERSON RESPONSIBLE/BILL (LAST, FIRST, MIDDLE) _____ ADDRESS _____ CITY _____ STATE/ZIP _____ (AREA CODE) HOME PHONE NO. _____

OCCUPATION _____ LENGTH EMPLOYED _____ SOCIAL SECURITY NO. _____ RELATIONSHIP TO PATIENT _____ SEX _____ BIRTHDATE _____

EMPLOYER _____ ADDRESS _____ CITY _____ STATE/ZIP _____ (AREA CODE) PHONE NO. _____

1ST INSURANCE COMPANY NAME _____

1ST INSURANCE COMPANY ADDRESS _____ CITY _____ STATE/ZIP _____ (AREA CODE) PHONE NO. _____

1ST INSURANCE GROUP/POLICY NO. _____ CERTIFICATE OR SOCIAL SECURITY NO. _____ INSURED'S NAME (PATIENT OR SPOUSE) _____ RELATION TO PATIENT _____

2ND INSURANCE COMPANY NAME _____

2ND INSURANCE COMPANY ADDRESS _____ CITY _____ STATE/ZIP _____ (AREA CODE) PHONE NO. _____

2ND INSURANCE GROUP/POLICY NO. _____ CERTIFICATE OR SOCIAL SECURITY NO. _____ INSURED'S NAME (PATIENT OR SPOUSE) _____ RELATION TO PATIENT _____

1 FULL NAME _____ RELATION _____ (AREA CODE) HOME PHONE NO. _____

**IN CASE OF EMERGENCY:
GIVE NAME OF SPOUSE,
PARENT, NEAREST
RELATIVE OR FRIEND.**

ADDRESS _____ CITY _____ STATE/ZIP _____ (AREA CODE) BUSINESS PHONE NO. _____

2 FULL NAME _____ RELATION _____ (AREA CODE) HOME PHONE NO. _____

ADDRESS _____ CITY _____ STATE/ZIP _____ (AREA CODE) BUSINESS PHONE NO. _____

ALL INSURANCE IDENTIFICATION CARDS WILL BE REQUIRED AT TIME OF ADMISSION OR PREADMISSION. PREPAYMENT WILL BE REQUIRED AT TIME OF ADMISSION.

Forma de Preadmisión

CONFIDENCIAL

POR FAVOR, USE LETRA DE MOLDE. LLENE ESTA FORMA Y ENVIÉLA POR CORREO DE INMEDIATO O TRAÍGALA EN PERSONA AL DEPARTAMENTO DE ADMISIONES. ADEMÁS, INCLUYA UNA COPIA DE SU TARJETA DE SEGURO MÉDICO Y UNA IDENTIFICACIÓN CON FOTOGRAFÍA. LA INFORMACIÓN QUE USTED PROPORCIONE SE USARÁ PARA AGILIZAR SU ADMISIÓN.



Northridge Hospital Medical Center
CHW

Maternity Pre-Admit Department
Northridge Hospital Medical Center
18300 Roscoe Boulevard
Northridge, CA 91325-9955

INFORMACIÓN PARA LA PREADMISIÓN

FECHA ESTIMADA DE PARTO _____ FECHA DE ADMISIÓN _____

FUMADORA DIABÉTICA SI ALERGIAS SI
NO FUMADORA NO NO

NOMBRE DE LA PACIENTE (APELLIDO Y NOMBRES) NOMBRE DE SOLTERA NOMBRE DEL MÉDICO

DIRECCIÓN DE LA PACIENTE CIUDAD ESTADO/CÓDIGO POSTAL (CÓDIGO DE ÁREA) NÚMERO DE TELÉFONO DE LA CASA

FECHA DE NACIMIENTO EDAD ESTADO CIVIL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL NÚMERO DE LICENCIA DE CONDUCIR RELIGIÓN ORIGEN ÉTNICO (OPCIONAL)

COMPañIA DONDE LA PACIENTE TRABAJA

PERSONA RESPONSABLE DEL PAGO (APELLIDO, NOMBRES) DIRECCIÓN CIUDAD ESTADO /CÓDIGO POSTAL (CÓDIGO DE ÁREA) NÚMERO DE TELÉFONO DE LA CASA

OCUPACIÓN TIEMPO DE SERVICIO NÚMERO DE SEGURO SOCIAL RELACIÓN CON LA PACIENTE SEXO FECHA DE NACIMIENTO

COMPañIA DONDE TRABAJA DIRECCIÓN CIUDAD ESTADO/CÓDIGO POSTAL (CÓDIGO DE ÁREA) NÚMERO DE TELÉFONO

NOMBRE DE LA 1ª COMPañIA ASEGURADORA

DIRECCIÓN DE LA 1ª COMPañIA ASEGURADORA CIUDAD ESTADO/CÓDIGO POSTAL (CÓDIGO DE ÁREA) NÚMERO DE TELÉFONO

NÚMERO DE PÓLIZA DE LA PRIMERA COMPañIA ASEGURADORA CERTIFICADO O NÚMERO DE SEGURO SOCIAL NOMBRE DEL ASEGURADO (PACIENTE O ESPOSO) RELACIÓN CON LA PACIENTE

NOMBRE DE LA 2ª COMPañIA ASEGURADORA

DIRECCIÓN DE LA 2ª COMPañIA ASEGURADORA CIUDAD ESTADO/CÓDIGO POSTAL (CÓDIGO DE ÁREA) NÚMERO DE TELÉFONO

NÚMERO DE PÓLIZA DE LA SEGUNDA COMPañIA DE SEGUROS CERTIFICADO O NÚMERO DE SEGURO SOCIAL NOMBRE DEL ASEGURADO (PACIENTE O ESPOSO) RELACIÓN CON LA PACIENTE

1 NOMBRE Y APELLIDO RELACIÓN (CÓDIGO DE ÁREA) NÚMERO DE TELÉFONO DE LA CASA

DIRECCIÓN CIUDAD ESTADO/CÓDIGO POSTAL (CÓDIGO DE ÁREA) NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO

2 NOMBRE Y APELLIDO RELACIÓN (CÓDIGO DE ÁREA) NÚMERO DE TELÉFONO DE LA CASA

DIRECCIÓN CIUDAD ESTADO/CÓDIGO POSTAL (CÓDIGO DE ÁREA) NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO

**EN CASO DE EMERGENCIA:
INDIQUE EL NOMBRE DE SU
ESPOSO, DE SUS PADRES,
DEL FAMILIAR MAS
CERCANO O DE UN AMIGO.**

DEBE PRESENTAR LAS TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN DEL SEGURO MÉDICO EN EL MOMENTO DE SER ADMITIDA O DURANTE LA PREADMISIÓN. SE DEBERÁ PAGAR POR ADELANTADO EN EL MOMENTO DE SER ADMITIDA.