

Sonoran Crossing Medical Center
33400 North 32nd Ave
Phoenix, AZ 85085
623-683-5060
Admitting.SonoranOB@Honorhealth.com

Shea Family Birthing Center
9003 E Shea Blvd
Scottsdale, AZ 85260
480-323-3331
Admitting.SheaOB@HonorHealth.com

FORMULARIO DE PRE-REGISTRO OBSTÉTRICO

INFORMACIÓN SOBRE LA PACIENTE

Apellido(s) _____ Nombre _____ Inicial 2º nombre _____

¿Se le ha atendido en alguna instalación de HonorHealth bajo otro nombre? _____

Número de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Estado civil: Soltera Casada Vive con su pareja Divorciada Separada Viuda

El Estado de Arizona requiere que los hospitales reporten cierta información sobre los pacientes, incluyendo raza y etnicidad

Etnicidad
<input type="checkbox"/> No Hispana/Latina
<input type="checkbox"/> Hispana/Latina

Raza		
<input type="checkbox"/> Nativo Americana	<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/> Blanca
<input type="checkbox"/> Del Medio Oriente	<input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana	<input type="checkbox"/> Hawaiana/ Islas del Pacífico

Principal idioma que habla: inglés español Otro _____

¿Le gustaría agregar la religión de su preferencia? _____

Apellido de soltera de la paciente: _____ Nombre de soltera de su madre: _____

Dirección postal: _____ Apartamento/Unidad: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Teléfono primario: ____-____-____ Teléfono secundario: ____-____-____

Si está de visita o nos proporcionó un apartado postal:

¿Cuál es su domicilio local? _____ Apto. /Unidad: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Información sobre el empleo de la paciente

Condiciones de empleo	
<input type="checkbox"/> Tiempo completo	<input type="checkbox"/> Medio tiempo
<input type="checkbox"/> No trabajo	<input type="checkbox"/> Trabajo por mi cuenta
<input type="checkbox"/> Jubilado Fecha que se jubiló _____	<input type="checkbox"/> Incapacitado Fecha que se incapacitó _____

Información de la empresa trabaja
Empleador actual: _____
Ocupación: _____

**Información importante sobre el parto/proveedor de atención médica
(por favor llene el formulario en su totalidad)**

¿Qué campus tiene la intención de utilizar para el parto? Shea Sonoran
Fecha de su última menstruación: ____/____/____ Fecha pronosticada del parto: ____/____/____
Apellido del obstetra (gineco-obstetra): _____ Nombre: _____
Apellido del médico de atención primaria o familiar: _____ Nombre: _____
¿Tiene pediatra para su bebé? Sí No No estoy segura Lo tendré antes del nacimiento
De ser así, apellido del pediatra: _____ Nombre: _____
Participación en un ensayo clínico: Participo en la actualidad Participé anteriormente Nunca he participado
Farmacia de preferencia (Nombre y ubicación): _____
¿Desea indicar la religión que prefiere? De ser así, escriba cuál es: _____

Cónyuge o padre del menor/Contacto de emergencia

Apellido: _____ Nombre: _____
 Cónyuge Madre Padre Fecha de Nacimiento ____/____/____ Numero de seguro social ____-____-____
Domicilio (si es diferente al del paciente): _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono principal _____ Teléfono Secundario _____

Información de su contacto de emergencia

Apellido del contacto principal: _____ Nombre del contacto principal: _____
Relación: _____ Teléfono: _____
Apellido del segundo contacto: _____ Nombre del segundo contacto: _____
Relación: _____ Teléfono: _____

Información del empleo del cónyuge o del padre del menor

Condiciones de empleo	
<input type="checkbox"/> Tiempo completo	<input type="checkbox"/> Medio tiempo
<input type="checkbox"/> No trabajo	<input type="checkbox"/> Trabajo por mi cuenta
<input type="checkbox"/> Jubilado Fecha que se jubiló _____	<input type="checkbox"/> Incapacitado Fecha que se incapacitó _____

Información de la empresa donde trabaja
Empresa Actual: _____
Ocupación: _____

**Información del contacto de emergencia
Información del seguro médico**

Seguro médico primario:
Compañía de seguro médico: _____ Titular del seguro: _____
Número de póliza: _____ Número del grupo: _____ Fecha de nacimiento: _____
Tel. del seguro: (____) ____-_____

¿Su recién nacido tiene seguro médico bajo el mismo plan? Sí No

Seguro médico secundario: (si aplica)
Compañía de seguro médico: _____ Titular del seguro: _____
Número de póliza: _____ Número del grupo: _____ Fecha de nacimiento: _____ Tel. del seguro: (____) ____-_____