



SERVICIOS DE REGISTRO DEL PACIENTE
 Clarkson Tower 402-552-3251 University Tower 402-559-4222 1-800-552-8802
 402-552-3267 FAX

FORMULARIO DE PRE-ADMISIÓN DEL PACIENTE

INSTRUCCIONES:

1. Por favor escriba en letra de molde y complete la información en ambos lados.
2. Si usted necesita asistencia en llenar este formulario, por favor comuníquese con los servicios de Registro del Paciente a los números en la cabecera del documento.
3. Por favor recuerde traer su tarjeta del seguro medico cuando llegue la hora de admisión.
4. Por favor comuníquese con nosotros al número telefónico en la cabecera de este documento si requiere arreglos especiales.

INFORMACION DEL PACIENTE		Doctor de Cabecera	Doctor de referido	¿Necesita un intérprete? Sí ____ No ____ Si es así, ¿qué lenguaje?	
Nombre Legal: Apellido, Nombre, Inicial		Fecha de Nacimiento	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Grupo Étnico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Otro	
Dirección: Número, Calle, Ciudad, Estado, Código Postal		Condado de Residencia	Teléfono del Hogar	Teléfono del Trabajo	Teléfono Celular
Dirección electrónica		Preferencia Religiosa	Comunidad de Fe/Ciudad	¿Quiere que le notifiquemos a su comunidad de fe? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Estado Civil <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Sep <input type="checkbox"/> Pareja de vida		Número del Seguro Social	Apellido de soltera del paciente	Apellido de Soltera de la mamá del paciente (para identificar expedientes)	
Patrón		Ocupación	Otros Nombres (alias/apodos)		
Dirección del Patrón: Número, Calle, Ciudad, Estado, Código Postal		Estado <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> TP <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> No Empleado <input type="checkbox"/> Empleado independiente <input type="checkbox"/> Servicio Militar Activo			
INFORMACION DEL CÓNYUGE <input type="checkbox"/> Marque si la dirección y número telefónico son iguales a los del cónyuge					
Nombre Legal: Apellido, Nombre, Inicial		Fecha de Nacimiento	Patrón	Ocupación	
Dirección del Patrón: Número, Calle, Ciudad, Estado, Código Postal		Teléfono del Trabajo		Estado <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> TP <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> No Empleado <input type="checkbox"/> Empleado independiente <input type="checkbox"/> Servicio Militar Activo	
INFORMACIÓN DEL PARIENTE (PERSONA QUIEN PUEDE TOMAR DECISIONES MEDICAS DE SU PARTE SI USTED NO ES CAPAZ)					
Nombre Legal: Apellido, Nombre, Inicial		Dirección: Número, Calle, Ciudad, Estado, Código Postal			

Teléfono del Hogar		Teléfono del Trabajo		Relación al Paciente	
CONTACTO DE EMERGENCIA (NO EL MISMO PARIENTE ANTERIORMENTE ANOTADO)					
Nombre Legal: Apellido, Nombre, Inicial		Teléfono Principal	Teléfono Secundario	Relación al Paciente	
PERSONA RESPONSABLE (UNA PERSONA EN LA FAMILIA QUIEN SE RESPONSABILIZA POR LAS FACTURACIONES) <input type="checkbox"/> Marque si la dirección y número telefónico son iguales al del paciente					
Nombre Legal: Apellido, Nombre, Inicial		Fecha de Nacimiento	Relación al Paciente		Número del Seguro Social
Dirección: Número, Calle, Ciudad, Estado, Código Postal		Teléfono del Hogar	Patrón		Ocupación
Dirección del Patrón: Número, Calle, Ciudad, Estado, Código Postal		Teléfono del Trabajo	Estado <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> TP <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> No Empleado <input type="checkbox"/> Empleado independiente <input type="checkbox"/> Servicio Militar Activo		
INFORMACION DEL SEGURO MEDICO					
Medicare Póliza #		Efectiva él		Fecha Cuando se Retiró	
Última Hospitalización	Fecha	Nombre del Hospital		Dirección del Hospital: Número, Calle, Ciudad, Estado, Código Postal	
Cobertura por Medicaid (Por favor marque la casilla que aplique) <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Primary Care Plus <input type="checkbox"/> Fuera del estado de Nebraska (anote el estado): _____			Póliza #		Efectiva él
Información del Accidente/Lesión/Compensación de empleo (sí aplica)		Fecha	Hora	Estado o Condado donde ocurrió	
Seguro Médico – Nombre	Policy Holder (Nombre del Asegurado en la Póliza como aparece en la tarjeta)		Póliza #		Group #
Group Name (nombre de grupo)		Patrón			Efectiva él
Dirección de Reclamo: Número, Calle, Ciudad, Estado, Código Postal		# Telefónico de Servicios al Paciente/Beneficios		# Telefónico Pre-Autorización/Hospitalización	
Seguro Médico – Nombre	Policy Holder (Nombre del Asegurado en la Póliza)		Póliza #		Group #
Group Name (nombre de grupo)		Patrón			Efectiva él

Dirección de Reclamo: Número, Calle, Ciudad, Estado, Código Postal	# Telefónico de Servicios al Paciente/Beneficios	# Telefónico Pre-Autorización/Hospitalización

Por favor envíe por correo cuando lo complete al:

Patient Registration Services
The Nebraska Medical Center
987530 Nebraska Medical Center
Omaha, NE 68198-7530