



Formulario de pre ingreso para maternidad

Agradecemos su decisión de dar a luz a su bebé en un centro de Nuvance Health. Nos complace tener la oportunidad de compartir este momento especial con usted y su familia.

Regrese completo el formulario de pre ingreso para maternidad y los siguientes documentos a la ubicación del hospital correspondiente. No deje ninguna sección del formulario en blanco. Si una sección no se aplica a usted, escriba "N/A" en esa área.

- Copia de su tarjeta(s) de seguro a ambos lados
- Copia de su identificación con fotografía

Devolver a: Hospital donde estaba previsto el parto.

Danbury Hospital, Nuvance Financial Clearance, 100 Reserve Rd Danbury, CT 06810

Norwalk Hospital, Nuvance Financial Clearance, 100 Reserve Rd Danbury, CT 06810

Instrucciones para enviar el formulario por correo electrónico: Una vez que se completa el registro, debe guardarse en su computadora y enviarse como un archivo adjunto de correo electrónico a: Maternity.PreRegistration@nuvancehealth.org

Si elige enviar su formulario por fax, envíelo al (203) 739-8810. **Si tiene alguna pregunta, llame al número de teléfono (203) 739-7714.**

Compañías de seguro que participan: consulte el sitio web de Nuvance Health (www.nuvancehealth.org) para ver una lista de los seguros con los que participa cada hospital.

Médicos y afiliados hospitalarios: aunque el hospital de su elección para el parto puede aceptar su seguro, es posible que algunos médicos hospitalarios y servicios afiliados no lo acepten. Le animamos a consultar con su compañía de seguros para ver si participan. Tenga en cuenta que los médicos y afiliados del hospital facturarán por separado del hospital que usted ha elegido para el parto.

Sabemos que usted tiene una opción cuando se trata de atención médica. ¡Gracias por elegir Nuvance Health!



Formulario de preingreso para maternidad

Apellido		Primer nombre		Segundo nombre		Apellido de soltera		Nombre de preferencia	
Dirección (Ciudad, Estado, Código Postal)									
Nombre de soltera de la madre			Teléfono de casa: ¿método de contacto preferido? S O N				Teléfono celular: ¿método preferido de contacto? S O N		
Preferencia/Templo religioso			Edad	Fecha de nacimiento		Lugar de nacimiento		Raza	Grupo étnico
Estado civil: <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Separada legalmente			Idioma principal			¿Necesita intérprete?			
			Nombre del médico de atención primaria:			OBGYN o nombre del grupo:			
Nombre del pediatra o del grupo:			Sitio del parto: <input type="checkbox"/> Danbury Hospital <input type="checkbox"/> Norwalk Hospital			<input type="checkbox"/> Vassar Brothers Medical Center <input type="checkbox"/> Putnam Hospital <input type="checkbox"/> Northern Dutchess Hospital			
Fecha de la última menstruación		Fecha prevista de vencimiento		Tipo de parto esperado. <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Cesárea					
Empleador del paciente			¿Estado laboral? <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Desempleada				Teléfono del empleador		
Nombre del cónyuge		Fecha de nacimiento del cónyuge		Empleador del cónyuge		¿Estado laboral? <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Desempleado			
Nombre del representante de PHI/Pariente legal más cercano				Relación		Teléfono			
Dirección (Ciudad, Estado, Código Postal)									
Nombre del contacto de emergencia				Relación			Teléfono		
¿Desea aparecer en el directorio de pacientes? Esto le permitirá recibir llamadas telefónicas, visitas y flores. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				¿Desea registrarse en el portal del paciente? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Elija un PIN de 4 dígitos ____ ____ ____ ____ ¿Cuál es su dirección de correo electrónico?					
MEDICARE: NOMBRE EXACTAMENTE COMO APARECE EN LA TARJETA				Fecha de discapacidad		Fecha de jubilación		Número de identificación	
MEDICAID: NOMBRE EXACTAMENTE COMO APARECE EN LA TARJETA			Estado o condado				Número de identificación		
Nombre de la compañía de seguros principal			¿El bebé estará cubierto por un seguro diferente al de mamá? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				¿Nombre del seguro del bebé?		
Dirección de la compañía de seguros principal (calle, apartado postal, estado, código postal)									
Número de teléfono		Número de póliza		Nombre del suscriptor			Nombre del plan de grupo/empleador/o sindicato local		
Nombre de la compañía de seguros secundaria									
Dirección de la compañía de seguros secundaria (calle, apartado postal, estado, código postal)									
Número de teléfono		Número de póliza		Nombre del suscriptor			Nombre del plan de grupo/empleador/o sindicato local		