



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.

- Vassar Brothers Medical Center, Admitting Department, 45 Reade Place, Poughkeepsie, NY 12601
- Northern Dutchess Hospital, Admitting Department, 6511 Springbrook Ave, Rhinebeck, NY 12572
- Putnam Hospital Center, Admitting Department, 670 Stoneleigh Ave, Carmel, NY 10512
- Sharon Hospital, Admitting Department, 50 Hospital Hill Road, Sharon CT 06069

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.PreRegistrationWest@nuvancehealth.org

Si elige enviar su formulario por fax, envíelo al número a continuación. **Si tiene alguna pregunta, llame al número de teléfono que se indica a continuación.**

	<u>Número de fax</u>	<u>Número de teléfono</u>
Vassar Brothers Medical Center	(845)483-6327	(845)483-6273
Northern Dutchess Hospital	(845)871-3619	(845)871-3225
Putnam Hospital Center	(845)278-5538	(845)279-5711 ext. 3088
Sharon Hospital	(860)364-4191	(860) 364-4124

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. **Recuerde agregar a su recién nacido a su póliza de seguro dentro de los 30 días para que esté cubierto por esta estadía en el 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 pediatra o del grupo:		Nombre del médico de atención primaria:	OBGYN o nombre del grupo:		
Nombre del parto:		<input type="checkbox"/> Vassar Brothers Medical Center <input type="checkbox"/> Putnam Hospital <input type="checkbox"/> Norwalk 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		