

Formulario de Registro

Farmacia de Preferencia: Nombre _____ Lugar _____						
Sección 1: Información del Paciente						
Nombre: _____						
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Apellido Casada	Seguro Social	Correo Electrónico	Fecha Servicio
Fecha de Nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____ Nombre del Padre _____ Nombre de la Madre _____						
Marque una (X) en el tipo de habitación que desea (en caso de admisión). Escoja: <input type="checkbox"/> Semi privada <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Alumbra Maternidad (LDPR) _____, Suite, _____ Surgi Suite. Recuerde que la habitación privada y la suite conllevan un cargo adicional y están sujetas a disponibilidad. Una vez emitido el pago, no se devolverá el dinero.						
¿Es la primera vez que recibe servicios en el Hospital?: Sí: _____ No: _____ Fecha de la última visita: _____						
Dirección Residencial: _____						
	Urbanización	Número	Calle	Pueblo	País	Zip Code
Dirección Postal: _____						
	Urbanización	Número	Calle	Pueblo	País	Zip Code
Teléfono: Residencial: () _____ Celular: () _____ Otro Número: () _____						
Tipo de Parto (si aplica): Normal (<input type="checkbox"/>) Cesárea (<input type="checkbox"/>) Estado Civil: _____ Edad: _____ Peso: _____ Religión: _____						
Lugar de Empleo: _____ Ocupación: _____ Teléfono Empleo: () _____ Ext. _____						
Dirección del Empleo: _____						
Sección 2: Información del Cónyuge				Sección 3: Información del Garantizador		
#SS: _____ - _____ - _____				#SS: _____ - _____ - _____ Parentesco con Paciente _____		
Licencia de Conducir: _____ Teléfono: () _____				Licencia de Conducir: _____ Teléfono: () _____		
Nombre: _____				Nombre: _____		
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre
Correo electrónico: _____				Dirección Postal: _____		
Lugar de Empleo: _____ Ocupación: _____				Urbanización	Número	Calle
Teléfono de Empleo: () _____ Ext. _____				Pueblo	País	Zip Code
Dirección de Empleo: _____				Lugar de Empleo: _____ Ocupación: _____		
Fecha de Nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____				Teléfono de Empleo: () _____ Ext. _____		
				Dirección de Empleo: _____		
				Fecha de Nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____		
				Correo electrónico: _____		
Sección 4: Persona a llamar en caso de emergencia						
Nombre: _____ Relación con el paciente: _____ Teléfono: () _____						
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre				
Dirección Residencial: _____						
	Urbanización	Número	Calle	Pueblo	País	Zip Code
Sección 5: Información del Plan Médico						
Plan Médico Primario 1: _____		Asegurado Principal: _____		Fecha de Nacimiento: _____		
Plan Médico 2: _____		Asegurado Principal: _____		Fecha de Nacimiento: _____		

Certifico que la información aquí escrita es cierta, que mi cubierta del plan médico (si presenté alguna) está activa y que de estar expirada/cancelada y no presentar una nueva tarjeta del plan médico, es porque no poseo alguna aseguradora que cubra los servicios que solicito. Además, me responsabilizo de pagar la totalidad de los servicios no pagados por mi plan médico.

Fui orientado en cuanto a que los servicios de Anestesia, Patología, Radiólogo y/o Médicos, son independientes y no están incluidos en la factura del Hospital. Estos servicios incluyen pero no se limitan a: anestesia para su procedimiento quirúrgico, analgesia epidural para el parto, interpretación de gases arteriales, entre otros. Los servicios de Anestesia también podrían incluir otros servicios médicos como: intubación, CPR y línea central.

Las oficinas de Anestesia y Patología están ubicadas en el primer piso del Hospital donde deberá pagar su cuenta. Si en su pre-admisión ya se establece que requerirá de dichos servicios, se le referirá a una evaluación médica y entrevista para orientación de cobiertas.

Usted es responsable de llamar para obtener la información respecto a: deducibles, cobiertas, estudios adicionales y/o precios de los servicios.

Nombre del Paciente o Garantizador (letra de molde)	Firma del Paciente o Garantizador	Fecha (Día/Mes/Año)
FIRMA DEL PERSONAL QUE OFRECIÓ LA ORIENTACIÓN DEL HOSPITAL	_____	Fecha _____
FIRMA DEL PERSONAL QUE OFRECIÓ LA ORIENTACIÓN DE ANESTESIA	_____	Fecha _____
FIRMA DEL PERSONAL QUE OFRECIÓ LA ORIENTACIÓN DE PATOLOGÍA	_____	Fecha _____