



Forma de Pre-registración Para la Unidad de Partos

Querida paciente, Gracias por escoger a Rush-Copley Medical Center para su parto. Para poderla registrar más eficientemente, el día que venga a dar a luz, le pedimos que llene esta forma hoy. Su doctor nos enviará esta forma cuando usted tenga su examen médico de 36 semanas o antes.

El día de su parto, se le va a pedir una identificación con fotografía y la tarjeta de seguro médico, para verificación. Si tiene alguna pregunta sobre esta forma, llámenos con confianza al 630 499 2346 y un consejero le ayudará con gusto.

Información de la Paciente

Apellido	Primer nombre	Inicial	Fecha de nacimiento	Edad
# Seguro Social	Estado Civil	Raza	Fecha de dar a luz	
Domicilio de su casa			Condado	
# Teléfono		# Celular		

Información del Trabajo

Nombre de su trabajo	Domicilio de su trabajo
# Teléfono de su trabajo	Ocupación

Información del esposo/padre del bebé

Apellido	Primer nombre	Inicial	Fecha de nacimiento	# Seguro social
Domicilio de su casa			Condado	
# Teléfono de su casa		# Celular	Relación al paciente	
Nombre de su trabajo	Domicilio de su trabajo			
# Teléfono de su trabajo	Ocupación			

Información financiera del paciente **adjunte copias de su tarjeta de seguro médico**

Nombre del asegurado	Relación al paciente
Nombre de su seguro médico	# Teléfono de su seguro médico
Número de identificación	Número de grupo

Información del doctor del paciente

Nombre de su doctor primario	Nombre del pediatra del bebé
Nombre de su doctor de obstreta/ginecólogo	

Preferencia de Amamantar

Esta pensando en amamantar a su bebe?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No a decidido
Fue educada por su provedora de salud de los beneficios de amamantar?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	

MD Office Staff, on or before 36 week exam :
TO FACILITATE AN EFFICIENT ADMISSION PROCESS FOR OUR PATIENT,
THIS COMPLETED FORM AND COPIES OF INSURANCE CARDS MUST BE FAXED TO
(630) 898-4185. THANK YOU! 😊