



Kishwaukee Hospital  Valley West Hospital

Medico: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Servicio(s): \_\_\_\_\_  
 (o fecha de parto)  
 Tipo de Servicio: \_\_\_\_\_  
 Pre Cert / Authorization #: \_\_\_\_\_

**CUESTIONARIO DEL PRE-REGISTRO**

*Esta forma debe ser completada y regresada al sitio apropiado para evitar posibles cancelaciones o retrasos de sus servicio(s)*

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE – En letras de molde por favor**

Nombre _____	Fecha de Nacimiento _____ Edad ____ Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Domicilio _____	Cuidad/Estado/Código Postal _____
Teléfono _____ Celular _____	No. Seguro Social _____
Nombre del Empleador _____	Teléfono _____
Domicilio _____	Cuidad/Estado/Código Postal _____

Estado Civil:  Soltero(a)  Casado  Divorciado  Viudo Apellido de Soltera \_\_\_\_\_  
 ¿Ha sido un paciente aquí antes?  Si  No Medico que lo Recomendó \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL TUTOR: ESPOSO(A) O GUARDIÁN LEGAL**

Nombre _____	Fecha de Nacimiento _____ Relación _____
Domicilio _____	Cuidad/Estado/Código Postal _____
Teléfono _____ Celular _____	No. Seguro Social _____
Nombre del Empleador _____	Teléfono _____
Domicilio _____	Cuidad/Estado/Código Postal _____

**NOTIFICAR EN CASO DE UNA EMERGENCIA (Alguien que no esta en el mismo hogar)**

Nombre _____	Teléfono _____ Trabajo _____
Domicilio _____	Cuidad/Estado/Código Postal _____

**INFORMACIÓN DEL SEGURO MEDICO**

<b>SEGURO MEDICO #1 (Primario)</b>	<b>SEGURO MEDICO #2 (Secundario)</b>
Nombre del Seguro Medico _____	Nombre del Seguro Medico _____
Domicilio _____	Domicilio _____
Cuidad/Estado/Código Postal _____	Cuidad/Estado/Código Postal _____
No. De Teléfono del Seguro Medico _____	No. De Teléfono del Seguro Medico _____
No. Del Grupo _____	No. Del Grupo _____
No. De Póliza _____	No. De Póliza _____
Nombre del Asegurado _____	Nombre del Asegurado _____
Relación _____	Relación _____
No. De Seguro Social _____	No. De Seguro Social _____
<i>Por favor trasmíta una copia de la tarjeta medica para esta visita</i>	<i>Por favor trasmíta una copia de la tarjeta medica para esta visita</i>

Yo por la presente autorizo al KishHealth System [Sistema de Salud de Kish] para mandar a mis compañías de seguros, empleador de los grupos de seguros, planes de la salud, programas de Medicaid / Medicare, sus empresas de los seguros o intermediarios, y las agencias de análisis externas autorizadas, cualquier expediente medico o otra información al respecto de este tratamiento incluyendo este expediente de pre-registro, para procesare la reclamación de danos y dirigió un utilización del repaso de los procedimientos..

\_\_\_\_\_  
 Firma del Paciente o Tutor Fecha

\_\_\_\_\_  
 Relación Testigo [Witness]