



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
Domicilio de correo				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 de su doctor de obstreta/ginecólogo
Nombre del pediatra del bebé

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! ☺**