

PREREGISTRATION INFORMATION

PATIENT INFORMATION

SOCIAL SECURITY NUMBER	BIRTHDAY	BIRTH PLACE	SEX <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	MARITAL STATUS <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> DIV. <input type="checkbox"/> SEP.
NAME (LAST, FIRST, M.I.)				TELEPHONE NUMBER
ADDRESS - STREET		CITY	ZIP CODE	
EMPLOYER NAME	EMPLOYER ADDRESS		EMPLOYER TELEPHONE NUMBER	
OCCUPATION		RELIGIOUS PREFERENCE		

PRIOR ADMISSION

HAVE YOU EVER BEEN ADMITTED TO ST. ROSE HOSPITAL UNDER A DIFFERENT NAME?
 YES NO NAME _____ DATE _____

EMERGENCY CONTACT

NAME (LAST, FIRST, M.I.)	TELEPHONE NUMBER
ADDRESS	RELATIONSHIP

SPOUSE / GUARANTOR INFORMATION (if patient is a minor, furnish responsible party)

NAME (LAST, FIRST, M.I.)	RELATIONSHIP TO PATIENT	TELEPHONE NUMBER	SOCIAL SECURITY NUMBER
ADDRESS - STREET	CITY	ZIP CODE	BIRTHDAY
EMPLOYER NAME	EMPLOYER TELEPHONE NUMBER		
EMPLOYER ADDRESS	OCCUPATION		

PRIMARY INSURANCE

SUBSCRIBER NAME (LAST, FIRST, M.I.)	BIRTHDAY
INSURANCE COMPANY	ID NUMBER
ADDRESS	GROUP NUMBER
	EMPLOYER TELEPHONE NUMBER

SECONDARY INSURANCE

SUBSCRIBER NAME (LAST, FIRST, M.I.)	BIRTHDAY
INSURANCE COMPANY	ID NUMBER
ADDRESS	GROUP NUMBER
	TELEPHONE NUMBER

PREGNANCY

NAME OF PHYSICIAN	DUE DATE
-------------------	----------

** HAVE YOUR INSURANCE CARD UPON REGISTRATION (AND FORM IF NEEDED).

*** A SEPARATE BILLING FROM THE E.R. DOCTOR, RADIOLOGIST, OR PATHOLOGIST MAY BE SENT TO YOU.

INFORMACIÓN DE PREMATRÍCULACIÓN

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NUMERO DE SEGURO SOCIAL	LUGAR DONDE NACIO	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> DIV. <input type="checkbox"/> SEP.
NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL)			NUMERO DE TELEFONO	
DOMICILIO - CALLE		CIUDAD	CODIGO POSTAL	
NOMBRE DE EMPLEADOR	DOMICILIO DE EMPLEADOR		NUMERO DE TELEFONO DE EMPLEADOR	
OCCUPACIÓN		PREFERENCIA DE RELIGIÓN		

ADMISIÓN PREVIA

¿HA SIDO ADMITIDA JAMAS A SANTA ROSA BAJO UN NOMBRE DIFFERENTE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO NOMBRE:	FECHA:
--	--------

CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRE	NUMERO DE TELEFONO
	RELACIÓN

ESPOSO/GARANTE INFORMACIÓN (Si paciente es un menor proporcione el partido responsable)

NOMBRE	RELACIÓN AL PACIENTE	NUMERO DE TELEFONO	NUMERO SEGURO SOCIAL
DOMICILIO - CALLE	CIUDAD	CODIGO POSTAL	FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRE DE EMPLEADOR			NUMERO DE TELEFONO DE EMPLEADOR
DOMICILIO DE EMPLEADOR			OCCUPACIÓN

ASEGURANSA PRIMARIA

NOMBRE DE SUSCRIPTOR		FECHA DE NACIMIENTO
COMPANIA DE ASEGURANSA	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO DEL GRUPO
DOMICILIO		NUMERO DE TELEFONO

ASEGURANSA SEGUNDARIA

NOMBRE DE SUSCRIPTOR		FECHA DE NACIMIENTO
COMPANIA DE ASEGURANSA	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO DEL GRUPO
DOMICILIO		NUMERO DE TELEFONO

EMBARAZO

NOMBRE DE DOCTOR	FECHA DE VENCIMIENTO
------------------	----------------------

** QUE TENGA SU TARJETA DEL SEGURO SOBRE LA MATRÍCULA
 *** UN SEPARADO QUE FACTURA DEL MEDICO DEL ESPACIO DE LA EMERGENCIA, EL RADIOLOGO, O EL PATÓLOGO
 PUEDEN SER MANDADOS A USTED