



*El Lugar de Nacimiento  
de la Familia  
Pre-Registro*

Fecha Prevista del Parto \_\_\_\_\_

Hospital en el cual planea dar a luz:

Hospital Mary Washington  Hospital de Stafford

Método planeado para el parto:

Vaginal  Inducción  Cesárea

Fecha de su última menstruación \_\_\_\_\_

Nombre del Médico Obstetra / Ginecólogo \_\_\_\_\_

Número de Teléfono del Médico Obstetra \_\_\_\_\_

Nombre del Médico de Cabecera \_\_\_\_\_

Numero de Teléfono del Médico de Cabecera \_\_\_\_\_

Nombre de la Paciente \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre Apellido de Soltera

Estado Civil

Soltera  Casada  Divorciada  Separada  Viuda

Origen Étnico (Nacionalidad) \_\_\_\_\_

Raza \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código de Área \_\_\_\_\_

Número de Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Número del Seguro Social \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Opcional: Religión y / o Nombre de la Iglesia \_\_\_\_\_

Nombre de la Empresa/Empleador \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Jornada Completa  Media Jornada

Nombre de la persona a contactar en caso de una emergencia \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa \_\_\_\_\_

Teléfono de la Empresa/Empleador \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Relación con la Paciente \_\_\_\_\_

**Seguro Médico Principal**

Nombre del Subscriptor \_\_\_\_\_ Número del Seguro Social \_\_\_\_\_

Póliza # \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Relación con la Paciente \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía del Seguro Médico \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Certificación Previa requerida  Si  No

Número de Teléfono de la Compañía del Seguro Médico \_\_\_\_\_

Nombre de la Empresa/Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

---

## Seguro Médico Secundario

Nombre del Subscriptor \_\_\_\_\_ Número del Seguro Social \_\_\_\_\_

Póliza # \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Relación con la Paciente \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía del Seguro Médico \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Certificación Previa requerida  Si  No

Número de Teléfono de la Compañía del Seguro Médico \_\_\_\_\_

Nombre de la Empresa/Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

---

Beneficio Médico / Beneficiario de Medicaid # \_\_\_\_\_

Nombre del Médico Pediatra \_\_\_\_\_

---

¿Cuál es su idioma preferido para comunicarse? \_\_\_\_\_

¿Necesitará los servicios de un Intérprete durante su visita o procedimiento?  Si  No

Si contesto afirmativamente, ¿Qué servicio de Interpretación/Idioma requiere? \_\_\_\_\_

---

Por favor indique abajo cualquier requerimiento especial que tendrá, o cualquier información adicional que pueda ser de importancia para usted:

---

---

---

### Envíe el formulario debidamente diligenciado vía correo electrónico a:

**patientaccess.prereg@mwhc.com**

O envíelo por correo a la siguiente dirección: Patient Access, 1001 Sam Perry Blvd., Fredericksburg, VA22401

Attn: Financial Counseling Department

### Pre-registro en Línea

Vaya a: **mwhc.com** y busque "Pre-registration"

Para inscribirse a las clases y visitas guiadas, o para obtener más información acerca de nuestros servicios para familias en desarrollo

### Llame a MWHC Health Link al Teléfono 540.741.1404

or to sign up for classes and tours or to learn more about services offered for growing families.

Por favor tenga en cuenta que al momento de obtener nuestros servicios le pediremos la confirmación de su información. Esto lo hacemos con el propósito de verificar su identidad, así como también para asegurarnos de que su información este actualizada y sea correcta para los efectos de facturación.



**Mary Washington Healthcare**

**MyBaby**.mwhc.com



**Children's National**

*Mary Washington Healthcare existe para mejorar el estado de salud de las personas de las comunidades que atendemos.*