



*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 _____

¿Desea que su médico de cabecera sea informado de su admisión? Si No

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: Patient Access 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

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