

# Formulario de Pre-Inscripción

Este formulario, una vez completado, contiene información para comenzar su expediente médico y verificar su seguro. Para cualquier visita, por favor complete el formulario y envíelo por correo o fax al 626-821-6968 al departamento de admisión lo antes posible, antes de su fecha de llegada programada. Si es posible, adjunte una copia de su tarjeta de seguro al formulario. Pacientes obstétricos: Por favor complete el formulario y envíelo al departamento de admisión del hospital poco después de finalizar su quinto mes de embarazo.

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE (LETRA DE MOLDE)

NOMBRE DEL PACIENTE Apellido		Primer Nombre	Inicial	Segundo Nombre	Fecha Nacimiento	Edad	Sexo
No. Seguro Social	Raza	Estado Civil	Nombre Soltera de la Madre		No. Licencia Conducir	Lugar Nacimiento	
DIRECCIÓN DEL PACIENTE		Ciudad			Estado	Código Postal	
Código de Área / Teléfono Casa		Código de Área / Teléfono Oficina			Celular / Correo Electrónico		
Iglesia		Religión			Lengua Materna		
Empleador del paciente	Ocupación	Dirección del Empleador		Ciudad	Estado	Código Postal	Duración del Empleo
CONTACTO DE EMERGENCIA Parentesco con el Paciente		Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal		
Código de Área / Teléfono Casa		Código de Área / Teléfono Oficina					

## INFORMACIÓN DEL SEGURO (POR FAVOR INCLUYA UNA COPIA DE SU TARJETA DE SEGURO)

SEGURO PRIMARIO / GRUPO MÉDICO	Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	Código de Área / Teléfono	
Nombre del que Suscribe	Fecha Nacimiento	ID/No. Seguro Social	No. Grupo	Nombre del Médico de Cabecera	Fecha de Vigencia	
SEGURO SECUNDARIO / GRUPO MÉDICO	Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	Código de Área / Teléfono	
Nombre del que Suscribe	Fecha Nacimiento	ID/No. Seguro Social	No. Grupo	Nombre del Médico de Cabecera	Fecha de Vigencia	

## INFORMACIÓN ADICIONAL

Médico

Fecha de Parto del Paciente Obstetra

**USC Arcadia Hospital**  
Keck Medicine of USC  
300 W. Huntington Drive, Arcadia, CA 91007

Obstetrical patients: Please complete the form and return it to the hospital admitting department soon after the end of your fifth month of pregnancy. BRING A COPY OF ANY POWER OF ATTORNEY OR ADVANCED DIRECTIVES TO THE ADMITTING DEPARTMENT AT THE TIME OF ADMISSION.

# Pre-Admission Form

This form, will provide us with information to begin your medical record and to verify your insurance. Please complete the form and return it by mail or fax 626-821-6968 to the admitting department as soon as possible prior to your scheduled arrival date.

## PATIENT INFORMATION (PLEASE PRINT)

PATIENT NAME Last First MI Date of Birth Age Sex

SSN Race Marital Status Mother's Maiden Name Driver's License No. Birthplace

PATIENT ADDRESS City State Zip Code

Home / Cell Phone Work Phone Email

Race Religion Primary Language

Employer Occupation Employer's Address City State Zip Code Length of Employment

EMERGENCY CONTACT Relation to Patient Address (if different from above) City State Zip Code

Home / Cell Phone Work Phone

## INSURANCE INFORMATION (PLEASE INCLUDE A COPY OF YOUR INSURANCE CARD)

PRIMARY INSURANCE Address City State Zip Code Phone

Subscriber Name Date of Birth ID / Social Security No. Group No. Primary Physician Name Effective Date

SECONDARY INSURANCE Address City State Zip Code Phone

Subscriber Name Date of Birth ID / Social Security No. Group No. Primary Physician Name Effective Date

## ADDITIONAL INFORMATION ( FOR OBSTETRICAL PATIENTS ONLY )

Attending Physician

Obstetrical Patient Due Date

USC Arcadia Hospital

Keck Medicine of USC

300 W. Huntington Drive, Arcadia, CA 91007

Obstetrical patients: Please complete the form and return it to the hospital admitting department soon after the end of your fifth month of pregnancy. BRING A COPY OF ANY POWER OF ATTORNEY OR ADVANCED DIRECTIVES TO THE ADMITTING DEPARTMENT AT THE TIME OF ADMISSION.