

PRE-ADMISSION REGISTRATION FORM

GENERAL PATIENT INFORMATION		Social Security Number:	
Patient Name Suffix: Sr, Jr, II, III, IV, NA		Sex: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Date of Birth
Last First		Month / Day / Year	Is This A Voluntary Admission? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Have You Ever Been A Patient At This Hospital Before? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Yr. _____		Have You Been A Patient In Any Other Hospital In The Last 60 Days? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Admitting Date:
Race		Religion	Admitting Doctor:
If Maternity Patient, What Is Expected Due Date?		Maiden Name:	Room Desired <input type="checkbox"/> Private <input type="checkbox"/> Semi-Private
I Do Not Speak English And Will Require A Translator: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If Yes, Language:		I Would Like To Talk To The Financial Counselor <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
PATIENT ADDRESS			
Street Address		City	State Zip Code
Home Phone		Work Phone	
Chief Complaint			
ACCIDENT INFORMATION <input type="checkbox"/> N/A			
Where Did This Injury Take Place? Home Work Auto Other		Date of Injury Month / Day / Year	Approximate Time of Injury
Briefly Describe How Injury or Exposure Occurred			
EMERGENCY CONTACT			
Name		Home Phone:	Relation to Patient
		Work Phone:	Date of Birth
Street Address		City	State Zip Code
INSURANCE INFORMATION			
Insurance Company Name		Insured: <input type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Other	Subscriber's Name (if Other Than Patient) Last First Relation
Street Address		City	State Zip Code
Phone Number		ID/Policy Number	Group Number
EMPLOYMENT INFORMATION Use Guarantor Information If Guarantor Is Other Than Patient			
Name of Employer			Work Phone Number
Street Address		City	State Zip Code
Occupation / Job Title		Status <input type="checkbox"/> Full Time <input type="checkbox"/> Part Time <input type="checkbox"/> Unemployed <input type="checkbox"/> Self Employed <input type="checkbox"/> Active Military <input type="checkbox"/> Retired/Date	
GUARANTOR INFORMATION			
Name of Guarantor		Relation	Social Security NO.
Last First			
Street Address		City	State Zip Code
Home Phone Number			

PRE-ADMISSION REGISTRATION FORM

INFORMACION GENERAL DEL PACIENTE		Número de Seguro Social:	
Nombre del Paciente Suffix: Sr, Jr, II, III, IV, NA		Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Fecha de Nacimiento
Apellido		Nombre	Mes / Día / Año
¿Ha Sido Paciente Del Hospital Antes? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Año _____		¿Ha Sido un Paciente en otro Hospital en los últimos 60 días? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si a Sido, ¿Cuándo Y Donde?
¿Si usted es paciente de maternidad cual es el día de dar a luz?		Nombre de Solteria	Tipo de Cuarto Que Desea <input type="checkbox"/> Medio- Privado <input type="checkbox"/> Privado
No Hablo Ingles Necesito un Traductor: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Si es Si, ¿Que Lengua?	¿Usted Quiere Hablar Con Un Consejero Financiero? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Raza	Religión	Estado Civil	Metodo De Transportacion
DOMICILIO DEL PACIENTE			
Domicilio		Ciudad	Estado
			Codigo Postal
Teléfono de la Casa		Teléfono de Empleo	
La Razon por la Visita			
INFORMACION DEL ACCIDENTE <input type="checkbox"/> N/A			
Donde Ocurrió el Accidente? Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Otro		Fecha de Accidente Mes Día Año	Hora Aproximada del Accidente
Brevemente Describa Como Ocurrió el Accidente			
EN CASO DE EMERGENCIA NOTIFICAR A			
Nombre:	Teléfono de la Casa:	Relacion con el Paciente	
	Teléfono de Empleo:	Fecha de Nacimiento	
Domicilio	Ciudad	Estado	Codigo Postal
INFORMACION DE ASEGURANZA			
Nombre de la Compania de Aseguranza	Nombre de Suscriptor		Relacion
Domicilio	Ciudad	Estado	Codigo Postal
Número de Teléfono	Número de Identificacion/Poliza	Número de grupo	
INFORMACION DE EMPLEO (LAS PERSONAS RESPONSABLES DE LAS FINANCIAS SI NO ES EL PACIENTE)			
Nombre de la Compania		Teléfono de Empleo	
Domicilio	Ciudad	Estado	Codigo Postal
Ocupacion	Empleo es: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Negocio Propio <input type="checkbox"/> Activo en el Servicio Militar <input type="checkbox"/> Parte de Tiempo <input type="checkbox"/> Retirado		
INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSABLE			
Nombre		Relacion	Número de Seguro Social
Domicilio	Ciudad	Estado	Codigo Postal
Teléfono de la Casa			