

Formulario de preinscripción en obstetricia de Trios Health

3810 Plaza Way, Kennewick, WA 99338



COMPLETE ESTE FORMULARIO Y DEVUÉLVALO AL ÁREA DE INSCRIPCIONES LO ANTES POSIBLE

Información de la paciente					
Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento
Dirección de la paciente:				Número de teléfono de la paciente:	
Lugar de nacimiento	N.º de Seguro Social	Estado civil C S V D SEP		Preferencia religiosa	<input type="checkbox"/> Fumadora <input type="checkbox"/> No fumadora
Empleador: Tiempo completo Tiempo parcial		Fecha de parto prevista	Fecha del último ciclo menstrual	Alergias	
Dirección del empleador				Número de teléfono del empleador	
Contacto de emergencia	Nombre		Fecha de nacimiento	Número de teléfono	
Contacto de emergencia secundario	Nombre		Fecha de nacimiento	Número de teléfono	
Idioma de preferencia					
Información financiera:					
Seguro principal	Nombre de la suscriptora		N.º de póliza	N.º de grupo	
Seguro secundario	Nombre de la suscriptora		N.º de póliza	N.º de grupo	
Seguro terciario	Nombre de la suscriptora		N.º de póliza	N.º de grupo	
Información del médico:					
Médico de atención primaria		Obstetricia y ginecología		No participar en el censo	No participar en religión
Dirección de correo electrónico del paciente					