

PRE-ADMISSION REGISTRATION
INSCRIPCIÓN PARA LA PREADMISIÓN

PLEASE COMPLETE AND MAIL AS SOON AS POSSIBLE; USE THE ENCLOSED ENVELOPE
POR FAVOR, LLENE ESTA FORMA EN INGLÉS TAN PRONTO
COMO SEA POSIBLE; USE EL SOBRE INCLUIDO PARA MANDARLA

ANTICIPATED HOSPITAL OF DELIVERY:
HOSPITAL ANTICIPADO PARA EL PARTO:
COBB DOUGLAS KENNESTONE

PATIENT	EXPECTED DATE OF ADMISSION FECHA ANTICIPADA DE ADMISION				DOCTOR'S NAME NOMBRE DEL MEDICO							
	NAME (FIRST NAME, MIDDLE NAME AT BIRTH, LAST NAME) NOMBRE, APELLIDO(S)			FORMER NAMES NOMBRE ANTERIORES		EMPLOYER (LIST COMPANY IF RETIRED/DISABLED) EMPLEADOR (NOMBRE DE LA COMPAÑIA SI UD. ESTÁ RETIRADO/INCAPACITADO)		OCCUPATION OCUPACION				
	ADDRESS DIRECCIÓN		STREET CALLE	APT./LOT NO. # DE APT/# DE LOT		COUNTY CONDADO	ADDRESS DIRECCIÓN		STREET CALLE	SUITE CUARTO	PHONE TELÉFONO	
	CITY CIUDAD			STATE ESTADO	ZIP CODE CÓDIGO	PHONE TELÉFONO		CITY CIUDAD		STATE ESTADO	ZIP CODE CÓDIGO	EXTENSION EXTENSIÓN
	AGE EDAD	DATE OF BIRTH FECHA DE NACIMIENTO		PLACE OF BIRTH LUGAR DE NACIMIENTO	PATIENT'S FATHER'S FULL NAME NOMBRE COMPLETO DEL PADRE DEL PACIENTE			SOCIAL SECURITY NO. NUM. DE SEGURO SOCIAL	EMPLOYEE ID NO. NU. DEL EMPLEADOR	DATE OF EMPLOYMENT FECHA DEL EMPLEO	STATUS COMPLETO <input type="checkbox"/> FULL TIME /TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> PT TIME/PARTE DEL TIEMPO <input type="checkbox"/> RETIRED/RETIRADO <input type="checkbox"/> SELF/AUTOEMPLEADO	
SEX GÉNERO	STATUS (✓ ONE) <input type="checkbox"/> MARRIED/CASADO <input type="checkbox"/> SEPARATED/SEPARADO <input type="checkbox"/> SINGLE /SOLTERO			<input type="checkbox"/> DIVORCED/DIVORCIADO <input type="checkbox"/> WIDOWED/VIUDO		RACE RAZA <input type="checkbox"/> WHITE <input type="checkbox"/> BLACK <input type="checkbox"/> OTHER		RELIGION/CHURCH RELIGIÓN/IGLESIA				

COMPLETE BELOW FOR PERSON RESPONSIBLE FOR BILL (IF SAME AS PATIENT, CHECK HERE AND OMIT)
LLENESE ABAJO POR LA PERSONA RESPONSABLE POR LA CUENTA (SI ES EL PACIENTE, MÁRQUE AQUÍ Y OMÍTALA)

G U A R A N T O R	PERSON RESPONSIBLE FOR ACCOUNT PERSONA RESPONSABLE POR LA CUENTA				RELATION TO PATIENT RELACIÓN CON EL PACIENTE				EMPLEADOR (NOMBRE DE LA COMPAÑIA SI UD. ESTÁ RETIRADO/INCAPACITADO)				OCCUPATION OCUPACION	
	ADDRESS DIRECCIÓN		STREET CALLE	APT./LOT NO. # DE APT/# DE LOT		ADDRESS DIRECCIÓN		STREET CALLE	SUITE CUARTO		PHONE TELÉFONO			
	CITY CIUDAD			STATE ESTADO	ZIP CODE CÓDIGO	PHONE TELÉFONO		CITY CIUDAD		STATE ESTADO	ZIP CODE CÓDIGO	EXTENSION EXTENSIÓN		
	COUNTY CONDADO		DATE OF BIRTH FECHA DE NACIMIENTO		SOCIAL SECURITY NO. NUM. DE SEGURO SOCIAL		EMPLOYEE ID NO. NU. DEL EMPLEADO		DATE OF EMPLOYMENT FECHA DEL EMPLEO		STATUS / ONE (✓ UNO) <input type="checkbox"/> FULL TIME/TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> PT TIME/PARTE DEL TIEMPO <input type="checkbox"/> RETIRED/RETIRADO <input type="checkbox"/> SELF/AUTOEMPLEADO		<input type="checkbox"/> HOURLY/HORA <input type="checkbox"/> SALARIED/POR SALARIO	

COMPLETE BELOW FOR NEXT OF KIN (IF SAME AS ABOVE, CHECK HERE AND OMIT)
LLENESE ABAJO CON EL PARIENTE (SI ES EL MISMO QUE EL GARANTE, MÁRQUE AQUÍ Y OMÍTALA)

R E L A T I V E	PATIENT'S SPOUSE/PARENT (OR OTHER RELATIVE) ESPOSO/A DEL PACIENTE, PADRE, U OTRO PARIENTE				RELATION TO PATIENT RELACIÓN AL PACIENTE				EMPLOYER (LIST COMPANY IF RETIRED/DISABLED) PATRÓN (NOMBRE DE LA COMPAÑIA SI UD. ESTÁ RETIRADO/INCAPACITADO)				OCCUPATION OCUPACION	
	ADDRESS DIRECCIÓN		STREET CALLE	APT./LOT NO. # DE APT/# DE LOT		ADDRESS DIRECCIÓN		STREET CALLE	SUITE CUARTO		PHONE TELÉFONO			
	CITY CIUDAD			STATE ESTADO	ZIP CODE CÓDIGO	PHONE TELÉFONO		CITY CIUDAD		STATE ESTADO	ZIP CODE CÓDIGO	EXTENSION EXTENSIÓN		
	COUNTY CONDADO		DATE OF BIRTH FECHA DE NACIMIENTO		SOCIAL SECURITY NO. NUM. DE SEGURO SOCIAL		EMPLOYEE ID NO. NU. DEL EMPLEADO		DATE OF EMPLOYMENT FECHA DEL EMPLEO		STATUS / ONE (✓ UNO) <input type="checkbox"/> FULL TIME/TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> PT TIME/PARTE DEL TIEMPO <input type="checkbox"/> RETIRED/RETIRADO <input type="checkbox"/> SELF/AUTOEMPLEADO		<input type="checkbox"/> HOURLY/HORA <input type="checkbox"/> SALARIED/POR SALARIO	

PLEASE LIST AN ALTERNATIVE EMERGENCY CONTACT
POR FAVOR, ALISTE UN CONTACTO ALTERNATIVO POR EL CASO DE EMERGENCIA

E M E R G E N C Y	PERSON TO NOTIFY IN EMERGENCY PERSONA QUE HAY EN CASO DE EMERGENCIA				RELATION TO PATIENT RELACIÓN CON EL PACIENTE				HOME PHONE TELÉFONO EN CASA			
	ADDRESS DIRECCIÓN		CITY CIUDAD		COUNTY CONDADO		STATE ESTADO		WORK PHONE TELÉFONO DEL TRABAJO		CELL PHONE TELÉFONO celular	

FINANCIAL REQUIREMENTS

WellStar will accept your hospitalization insurance, as a courtesy to you, only if you follow these instructions:

- 1) Complete all information on back and front of this form.
- 2) Bring insurance I.D. cards/policies.

You should verify with your insurance company the pre-admission requirements on your insurance policy. Failure to do so may drastically reduce your benefits.

If you do not have insurance to cover this hospitalization:

- 1) A pre-admission deposit will be required.
- 2) You must also contact the Maternity Patient Financial Representative at Cobb 770-732-3720, Douglas 678-838-2542, Kennestone 770-793-8021. Monday through Friday, 8:00 AM to 4:30 PM.

OBLIGACIONES FINANCIERAS

WellStar aceptará su seguro de hospitalización solamente si Ud. sigue las siguientes instrucciones:

- 1) Llène toda la información en los dos lados de esta forma.
- 2) Traiga con Ud. cualquier tarjeta de identificación y pólizas que tenga.

También Ud. debe verificar los requisitos de preadmisión de su póliza con la compañía de seguro. El no verificar esta información puede reducir drásticamente sus beneficios.

Si Ud. no tiene seguro para cobrar esta hospitalización:

- 1) Se requiere un depósito de preadmisión.
- 2) Ud. tiene que llamar a la Representante Financiera de las Pacientes de Maternidad, Cobb 770-732-3720, Douglas 678-838-2542, Kennestone 770-793-8021. De lunes a viernes, desde las 8:00 de la mañana hasta las 4:30 de la tarde.

REMEMBER: YOU MUST COMPLETE BOTH SIDES OF THIS FORM!

RECUÉRDE: ¡TIENE QUE LLENAR LOS DOS LADOS DE ESTA FORMA!

COMPLETE ALL NECESSARY SECTIONS LLÉNE TODAS LAS PARTES APLICABLES

OTHER PROGRAMS

OTROS PROGRAMAS

O T H E R P R O G R A M	MEDICAID ONLY (LIST NAME ON CARD) SOLAMENTE MEDICAID (EL NOMBRE QUE ESTÁ EN LA TARJETA)	MEDICAID NO. ON CARD NÚM. DE MEDICAID EN LA TARJETA	NOTE: Please bring this month's current Medicaid card/form upon admission. NOTA: Por favor, traiga su tarjeta u otra forma de Medicaid por este mes con Ud. al llegar.	
	CHAMPUS/TRICARE ONLY (LIST SPONSOR'S NAME ON CARD) SOLAMENTE CHAMPUS/TRICARE (EL NOMBRE DE PATROCINADOR QUE ESTÁ EN LA TARJETA)	NOTE: Please bring the patient's ID card or Parents ID card for children under age ten. NOTA: Por favor, traiga la tarjeta de identificación del paciente, o del padre para los niños de menos de 10 años.	BRANCH SECCIÓN	RANK/GRADE RANGO/GRADO
	SPONSOR'S SOCIAL SECURITY NO. NÚM. DE SEGURO SOCIAL DEL PATROCINADOR	CHECK ONE <input type="checkbox"/> RETIRED <input type="checkbox"/> ACTIVE <input type="checkbox"/> DECEASED MÁRQUE UNO <input type="checkbox"/> RETIRADO <input type="checkbox"/> ACTIVO <input type="checkbox"/> FALLECIDO	EFFECTIVE AND EXPIRATION DATES ON CARD FECHAS DE INICIO Y DE LA EXPIRACIÓN EN LA TARJETA	

ALL OTHER POLICIES AND PROGRAMS

TODOS LAS OTRAS PÓLIZAS Y LOS OTROS PROGRAMAS

I N S 1	INSURANCE COMPANY (IF BLUE CROSS, WHICH STATE?) COMPAÑIA DE SEGURO (SI ES CRUZ AZUL, ¿EN CUÁL ESTADO?)	INSURED NAME NOMBRE DEL ASEGURADO	TYPE/TIPO: <input type="checkbox"/> INDIVIDUAL <input type="checkbox"/> WORK COMP/COMPENSACION DEL TRABAJADOR <input type="checkbox"/> GROUP/GRUPO <input type="checkbox"/> AUTO <input type="checkbox"/> OTHER/OTRO	
	ID/POLICY/CONTRACT NO. NÚM. DE IDENTIFICACIÓN/PÓLIZA/CONTRACTO	GROUP NAME (EXAMPLE- EMPLOYER) NOMBRE DEL GRUPO (EJEMPLO- COMPAÑIA DE SU TRABAJO)	GROUP NUMBER NÚMERO DEL GRUPO	EFFECTIVE/EXPIRATION DATE FECHAS DE INICIO Y DE LA EXPIRACIÓN
	ADDRESS FOR CLAIMS DIRECCIÓN PARA RECLAMOS	BOX/STREET CAJA/CALLE	CITY CIUDAD	STATE ESTADO
DID YOU VERIFY IF ANY PRE-ADMISSION APPROVALS ARE REQUIRED? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO ¿UD. VERIFICÓ QUE SI ES NECESARIA UNA APROBACIÓN DE PREADMISIÓN? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		PHONE NO. TO OBTAIN PRECERTIFICATION APPROVAL NÚM. DE TELÉFONO PARA OBTENER APROBACIÓN DE CERTIFICACIÓN		INSURANCE CO. PHONE NO. (BENEFITS) NÚM. DE TELÉFONO DE LA COMPAÑIA DE SEGUROS (DE LOS BENEFICIOS)
IS ANY OTHER APPROVAL REQUIRED? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO ¿SE NECESITA OTRA APROBACIÓN? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				
I N S 2	INSURANCE COMPANY (IF BLUE CROSS, WHICH STATE?) COMPAÑIA DE SEGURO (SI ES CRUZ AZUL, ¿EN CUÁL ESTADO?)	INSURED NAME NOMBRE DEL ASEGURADO	TYPE/TIPO: <input type="checkbox"/> INDIVIDUAL <input type="checkbox"/> WORK COMP/COMPENSACION DEL TRABAJADOR <input type="checkbox"/> GROUP/GRUPO <input type="checkbox"/> AUTO <input type="checkbox"/> OTHER/OTRO	
	ID/POLICY/CONTRACT NO. NÚM. DE IDENTIFICACIÓN/PÓLIZA/CONTRACTO	GROUP NAME (EXAMPLE- EMPLOYER) NOMBRE DEL GRUPO (EJEMPLO- COMPAÑIA DE SU TRABAJO)	GROUP NUMBER NÚMERO DEL GRUPO	EFFECTIVE/EXPIRATION DATE FECHAS DE INICIO Y DE LA EXPIRACIÓN
	ADDRESS FOR CLAIMS DIRECCIÓN PARA RECLAMOS	BOX/STREET CAJA/CALLE	CITY CIUDAD	STATE ESTADO
DID YOU VERIFY IF ANY PRE-ADMISSION APPROVALS ARE REQUIRED? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO ¿UD. VERIFICÓ QUE SI ES NECESARIA UNA APROBACIÓN DE PREADMISIÓN? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		PHONE NO. TO OBTAIN PRECERTIFICATION APPROVAL NÚM. DE TELÉFONO PARA OBTENER APROBACIÓN DE CERTIFICACIÓN		INSURANCE CO. PHONE NO. (BENEFITS) NÚM. DE TELÉFONO DE LA COMPAÑIA DE SEGUROS (DE LOS BENEFICIOS)
IS ANY OTHER APPROVAL REQUIRED? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO ¿SE NECESITA OTRA APROBACIÓN? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				

MISCELLANEOUS INFORMATION (IF APPLICABLE)

INFORMACION MISCELANEA (SI NECESITA)

M I S C.	IF PATIENT IS STUDENT, COMPLETE BELOW: SCHOOL NAME _____	SI EL PACIENTE ES ESTUDIANTE, LLÉNE LA SIGUIENTE: NOMBRE DE LA ESCUELA _____
	STUDENT TYPE FULLTIME <input type="checkbox"/> PART-TIME <input type="checkbox"/> DAY <input type="checkbox"/> COOPERATIVE WORK <input type="checkbox"/> NIGHT <input type="checkbox"/> OTHER (WHICH?): _____	TIPO DE ESTUDIANTE: TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> PARTE DEL TIEMPO <input type="checkbox"/> DE DÍA <input type="checkbox"/> TRABAJO COOPERATIVO <input type="checkbox"/> DE NOCHE <input type="checkbox"/> OTRO (¿CUÁL?): _____
	If you have a Living Will or Durable Power of Attorney for Healthcare please bring your form(s) with you. Si Ud. tiene una forma del "Testamento en Vida" o una del "Poder Duradero, General y Amplio Para Cuidados de Salud", favor de traerlas con Ud. al hospital.	

PRE-ADMISSION RELEASE FORM (PLEASE NOTE: We may need to contact your employer to complete insurance verification.)
I HEREBY AUTHORIZE WELLSTAR HOSPITAL AND MY ATTENDING PHYSICIAN(S) TO RELEASE ALL INFORMATION NECESSARY INCLUDING DIAGNOSIS, PROCEDURES TO BE PERFORMED, TESTS TO BE ADMINISTERED, ETC., IF REQUIRED, TO MY EMPLOYER, MY INSURANCE CARRIER(S) AND ANY OTHER THIRD PARTY COVERAGE THAT I MAY PROVIDE TO THE HOSPITAL AND TO ANY APPROPRIATE (OR ASSOCIATED) PRE-ADMISSION REVIEW GROUP(S) IN ORDER TO COMPLETE ANY PRE-ADMISSION REVIEW AND BENEFIT VERIFICATION.

FORMA DE REVELACIÓN PARA PREADMISIÓN (NOTA: Es posible que tendremos que contactar a su empleador para completar la verificación del seguro.)
YO DOY PERMISO AL HOSPITAL DE WELLSTAR KENNESTONE Y A MI MÉDICO(S) DE REVELAR TODA LA INFORMACIÓN NECESARIA, INCLUYENDO LA DIAGNÓSTIC, PROCEDIMIENTOS QUE PUEDAN SER HECHOS, PRUEBAS QUE PUEDAN SER ADMINISTRADAS, ETC., A MI EMPLEADOR, MI COMPAÑIA(S) DE SEGUROS Y A CUALQUIER OTRA TERCER PARTE DE PROTECCIÓN QUE YO PUEDA PROVEER AL HOSPITAL Y A CUALQUIER GRUPO DE PREADMISIÓN APROPIADO (O ASOCIADO) PARA COMPLETAR UN PROCESO DE PREADMISIÓN O DE CERTIFICACIÓN Y A LA VERIFICACIÓN DE LOS BENEFICIOS CUANDO SEA NECESARIO.

SIGNATURE/FIRMA: _____ DATE/FECHA: _____

NOTE: IN ORDER FOR US TO BETTER PREPARE FOR YOUR ADMISSION, ALL PRE-ADMISSION INFORMATION MUST BE COMPLETED AND RETURNED AS SOON AS POSSIBLE. IF YOU HAVE ANY QUESTIONS, PLEASE CALL YOUR HOSPITAL BELOW MONDAY THROUGH FRIDAY, 8:00 AM TO 4:30 PM. WHEN THE FORM IS COMPLETED, FOLD AND INSERT INTO THE ENVELOPE PROVIDED AND MAIL. NOTA: PARA QUE NOSOTROS PODAMOS PREPARAR SU ADMISION MEJOR, TODA LA INFORMACION DE PREADMISION TIENE QUE SER COMPLETA Y LA FORMA DEVUELTA TAN PRONTO COMO SEA POSIBLE. SI TIENE UD. ALGUNA PREGUNTA, POR FAVOR LLAME A SU HOSPITAL QUE ESTA ABAJO LUNES A VIERNES, 8:00 AM A 4:30 PM. CUANDO TERMINE DE COMPLETAR LA PAGINA, POR FAVOR DOBLAR Y PONER LA PAGINA EN EL SOBRE QUE SE LE HA DADO Y MANDARLO A.