

INFORMACIÓN DE LA PACIENTE				Si tiene alguna pregunta, por favor llame al 913-632-4233.			
Apellido:		Nombre:		Inicial Segundo:		Anterior Apellido: <input type="checkbox"/> N/A	
Fecha de nacimiento:		Número de Seguro Social:		Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Soltera			
Raza:		Preferencia religiosa:					
Dirección:			Ciudad:		Estado:		Código Postal:
Primario Teléfono:		Alternativo Teléfono:		Correo electrónico:			
Médico Obstétrico/Ginecólogo:		Médico de cabecera:		Fecha probable de parto:		Fecha de última menstruación:	
Situación Laboral (marque uno): <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Desempleada							
Nombre del empleador:		Dirección del empleador:			Teléfono del empleador:		
CONTACTOS DE EMERGENCIA							
Contacto Principal Nombre:				Relación de la paciente con el contacto:			
Dirección:		Ciudad:		Estado:		Código Postal:	
Teléfono casa:		Teléfono trabajo:		Teléfono celular:			
Contacto Secundario Nombre:				Relación de la paciente con el contacto:			
Teléfono casa:		Teléfono trabajo:		Teléfono celular:			
INFORMACIÓN DEL SEGURO				Se deben adjuntar copias de sus tarjetas de los seguros.			
Seguro 1: Nombre de la Compañía:			Número de póliza:		Número de grupo:		
Nombre del suscriptor:			Relación con el suscriptor				
Dirección del suscriptor:			Ciudad:		Estado:		Código Postal:
Fecha de nacimiento del suscriptor:			Número de Seguro Social del suscriptor:				
Empleador del suscriptor:			Número de teléfono del empleador del suscriptor:				
Seguro 2: Nombre de la Compañía:			Número de póliza:		Número de grupo:		
Nombre del suscriptor:			Relación con el suscriptor:				
Dirección del suscriptor:			Ciudad:		Estado:		Código Postal:
Fecha de nacimiento del suscriptor:			Número de Seguro Social del suscriptor:				
Empleador del suscriptor:			Número de teléfono del empleador del suscriptor:				



Advent Health

Shawnee Mission

INFORMACIÓN DEL SEGURO DEL BEBÉ			<i>plan de seguro anticipado</i>	
Seguro 1: Nombre de la Compañía:	Número de póliza	Número de grupo		
Nombre del suscriptor:	Relación del bebé con el suscriptor:			
Dirección del suscriptor:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Fecha de nacimiento del suscriptor:	Número de Seguro Social del suscriptor:			
Empleador del suscriptor:	Número de teléfono del empleador del suscriptor:			
Seguro 2: Nombre de la Compañía:	Número de póliza	Número de grupo		
Nombre del suscriptor:	Relación del bebé con el suscriptor:			
Dirección del suscriptor:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Fecha de nacimiento del suscriptor:	Número de Seguro Social del suscriptor:			
Empleador del suscriptor:	Número de teléfono del empleador del suscriptor:			

LE INFORMAMOS QUE DEBERÁ CUBRIR LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA DE LA PACIENTE EN EL MOMENTO DE RECIBIR EL SERVICIO.

Para preguntas acerca de la facturación o pago por cuenta propia, por favor llamar al Especialista Financiero de Maternidad al 913-676-2125.

Sus próximos pasos

- Comience su trayectoria con nosotros a las 20 semanas de embarazo al enviar por correo este formulario, incluyendo copias de todas las tarjetas del seguro.

He incluido copias de:

- Frente de las tarjetas del seguro
- Dorso de las tarjetas del seguro
- A las 30 semanas de embarazo, llame para concertar una cita con uno de nuestros Navegadores de Maternidad al 913-632-4233.