

Seguro de Preingreso Madre/Bebé

Nombre de la madre: _____ Nombre del padre: _____

Fecha de nacimiento de madre: _____ Fecha de nacimiento del padre: _____

Número de seguro social de la madre: _____

Número de seguro social del padre: _____

Número de teléfono madre: _____ Doctor obstetra: _____

Fecha estimada de parto: _____

Compañía de seguros principal de la madre: _____

Póliza # _____ Grupo # _____

Compañía de seguros secundaria de la madre: _____

Póliza # _____ Grupo # _____

Compañía de seguros principal del otro padre: _____

Póliza # _____ Grupo # _____

Compañía de seguros secundaria del otro padre: _____

Póliza # _____ Grupo # _____

¿Qué póliza de seguro primario cubrirá a su bebé cuando nazca? : _____

Tan pronto como sea posible, hable con su(s) proveedor(es) de seguros para asegurarse de que usted y su bebé estén adecuadamente cubiertos sin ninguna reducción de beneficios. Complete este formulario y devuélvalo a Admisiones de LMH al menos cuatro semanas antes de la fecha de entrega prevista para garantizar que tengamos la información correcta antes de su entrega. Elige la opción que más te convenga.

Envíe por correo electrónico este formulario completo y copias de las tarjetas de seguro correspondientes a admisiones@lmh.org.

Envíe por fax este formulario completo y copias de las tarjetas de seguro correspondientes a LMH Admissions, 785-505-5218.

Entregue este formulario completo y las tarjetas de seguro a LMH Admissions en la entrada de Arkansas Street entre las 6:30 a. m. y las 5:30 p. m., de lunes a viernes, y de 7 a. m. a 3 p. m. Sábado.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nosotros al 785-505-6141.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nosotros al 785-505-6141.

Género, Raza, Etnicidad e Idioma

Para cumplir con las regulaciones federales, recopilamos datos sobre género, raza, etnia e idioma principal de todos los pacientes o sus cuidadores.

Confirma tu género:

- Hombre Mujer

¿Desea informar su idioma y raza de atención médica preferidos?

- Sí No

Si su respuesta fue "sí", responda las siguientes preguntas

¿En qué idioma prefiere hablar sobre su atención médica?

- | | |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Inglés | <input type="checkbox"/> Polaco |
| <input type="checkbox"/> Francés | <input type="checkbox"/> Ruso |
| <input type="checkbox"/> Alemán | <input type="checkbox"/> Lenguaje de señas |
| <input type="checkbox"/> Hindu | <input type="checkbox"/> Español |
| <input type="checkbox"/> Italiano | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Japones | |

Which categories best describe your race?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Indio Americano/Alaska Nativo | <input type="checkbox"/> Hispano-Latino/Otro |
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/ Otra isleña del pacífico |
| <input type="checkbox"/> Moreno/Americano Africano | <input type="checkbox"/> Blanco/ Caucásico |
| <input type="checkbox"/> Hispano-Latino/Blanco | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Hispano-Latino/Moreno | |

Devuelva este formulario a Admisiones de LMH al menos cuatro semanas antes de la fecha de entrega prevista para garantizar que tengamos la información correcta antes de su entrega. Elige la opción que más te convenga.

Envíe por correo electrónico este formulario completo a admisiones@lmh.org

Envíe por fax este formulario completo a LMH Admissions, 785-505-5218.

Entregue este formulario completo a LMH Admissions en la entrada de Arkansas Street entre las 6:30 a. m. y las 5:30 p. m., de lunes a viernes, o de 7 a. m. a 3 p. m. sábado.

Si tiene alguna pregunta, por favor contáctenos al 785-505-6141.