

## FORMA DE PRE-ADMISION

Esta forma de pre-admisión, propiamente completada y a nosotros regresada antes de admisión, hará mínimo el tiempo necesitado en nuestro departamento de admisión a su arribo. Si usted la envía por correo, favor de permitirle tiempo al hospital para recibirla y procesarla. La información que usted provea es necesaria para establecer o traer a fecha su permanente registro hospitalario. Necesitamos también esta información para nuestra sala de correo, conmutador telefónico, y otras personas que tienen que ver con su cuidado. Apreciamos su cooperación en llenar esta forma.

No-emergencia y programados pacientes internos son admitidos al departamento de pacientes internos en el departamento de admisión de pacientes internos entre las horas de 5:30 a.m y 7:00 p.m. Su laboratorio preoperativo y radiografías también son manejados através de esta área durante estas horas. Si usted arriba al designado tiempo, su admisión debe ser procesada en una manera pronta.

## CIRUGIA DE PACIENTES EXTERNOS

Pacientes quienes se sometan a cirugía externa deberán de reportarse a la Oficina de Admisión Centro Quirúrgico para la admisión preoperativa.

Esta entrada está situada nexa al poniente de la entrada principal del hospital.

Su admisión pre-operativa incluirá:

1. Registración de Pre-admisión.
2. Trabajo Laboratorio Pre-operativa tal como lo ordene su médico.
3. Entrevista pre-operativa.

## SEA UN PASAJERO CON CARGA LIVIANA

Para su estancia, usted necesitará pocas pertenencias personales. El hospital no es responsable por dinero, alujas, etc. Objetos valiosos pueden ser depositados con la dependiente de admisión; sin embargo, el hospital solicita que en su persona usted no aporte nada con valor significativo. Debe mantener en efectivo sólo lo suficiente para hacer compras menores tal como periódico, revistas, o ocurrencias. Se surgiere aporte artículos de baño, bata, y chancletas para su estancia hospitalaria.

## HORAS DE VISITA

El Centro Médico Emanuel da bienvenida a visitantes. La póliza del hospital correspondiente a visitas es la siguiente:

Pacientes pueden recibir visitas entre las horas de 2 p.m. a 4 p.m. y de 7 p.m. a 8:30 p.m.

Pacientes de Cuidado Intensivo - 2 personas por 15 minutos de cada 4 horas. Solo familia inmediata.

Horas de visita están sujetas a restricciones por el médico o el hospital, si es necesario, para el bienestar del paciente. Visitas son limitadas a no más de 2 en la sala a una sola hora.

## PROCESO PARA DAR DE ALTA

La hora de dar alta es la 1:00 p.m. Si un paciente se queda más allá de la hora, ordinariamente habrá un costo adicional. Ni Medicare ni Asegurancia Privada pagará este costo adicional.

## SI USTED TIENE PREGUNTAS ADICIONALES, ESTAMOS AQUI PARA AUXILIARLE.

## TOCANTE POLIZA DE COBROS Y PAGOS DE PACIENTES INTERNOS EN EL CENTRO MEDICO EMANUEL

### COBRO HOSPITALARIO

Sabemos por experiencia que cobros hospitalarios pueden ser complejos. Estamos haciendo lo mejor posible para hacer el sistema de cobros en el Centro Médico Emanuel fácil de entenderse.

Si usted desea hablar con alguien tocante su cobro, o necesita auxilio llenando sus formas de asegurancia, estaremos felices de asistirle.

### ASEGURANZA HOSPITALARIA DE GRUPO

La mayoría de personas tienen algún tipo de asegurancia hospitalira de grupo. Emanuel aceptará a segurancia de grupo solo si podemos verificar que su póliza está en vigor y que los beneficios son asignables al hospital. Si su asegurancia no puede ser verificada, de usted se espera ser personalmente responsable por el pago del cobro hospitalario en su totalidad. Su compañía de asegurancia será cobrada. Sesenta días después de que hayamos cobrado a la compañía de asegurancia y no se haya pagado, el cobro completo se hará su responsabilidad.

### INDIVIDUAL HOSPITAL INSURANCE

Asegurancias individuales normalmente no son aceptadas por el hospital. Las aceptamos, sin embargo, si los beneficios pueden ser verificados y son asignables al hospital.

Sesenta días después de cobrar a la compañía de asegurancia, si aún no se ha pagado, esperamos que usted tomará responsabilidad completa por el cobro.

Podemos hacer lo mejor para asegurar que usted derive todos los beneficios a los que usted es entitulado(a) bajo esta póliza.

### MATERNIDAD

Gastos de maternidad en hospitales hoy día usualmente son de casi \$5200 por una estancia de una día y más. Un depósito ahora y pagos mensuales significará mucho menos que pagar cuando su nuevo bebé arribe. Arreglos pueden hacerse con nuestro consejero financiero.

### PORCION DEL COBRO QUE CORRESPONDE AL PACIENTE

La porción del cobro del paciente se debe al tiempo que se le dé de alta.

FORM #1186 (02/08)

## PRE-ADMISSION FORM/FORMA PRE-ADMISION

<b>PACIENT INFORMATION/ INFORMACION DEL PACIENTE:</b>		CHECK ONE: <input type="checkbox"/> MEDICAL <input type="checkbox"/> MATERNITY MARQUE UNO: <input type="checkbox"/> MÉDICO <input type="checkbox"/> MATERNIDAD	DUE DATE FECHA DE NACIMIENTO	PHYSICIAN'S NAME/NOMBRE DEL MEDICO			
LAST NAME/APELLIDO		FIRST NAME/NOMBRE		MIDDLE NAME/SEGUNDO NOMBRE		ADMITTING DATE/FECHA DE ADMISION	
STREET ADDRESS/DOMOCILIO				CITY/CIUDAD		STATE/ESTADO	ZIP CODE /ZONA POSTAL
SOCIAL SECURITY NUMBER/ NUMERO DEL SEGURO SOCIAL		RELIGION		AGE/EDAD	BIRTHDATE/FECHA DE NACIMIENTO		SEX/SEXO
BIRTHPLACE/LUGAR DE NACIMIENTO		MARITAL STATUS/ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SINGLE/SOLTERO(A) <input type="checkbox"/> DIVORCED/DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/> MARRIED/CASDO(A) <input type="checkbox"/> WIDOWED/VIUDO(A)		PREVIOUS ADMIT DATE HERE/ PREVIA FECHA DE ADMISION AQUI		TELEPHONE NUMBER/ TELEFONO	
EMPLOYER'S NAME/NOMBRE DEL PATRON		ADDRESS/DOMOCILIO				CITY/CIUDAD	
STATE/ESTADO	ZIP CODE/ZONA POSTAL	TELEPHONE NUMBER/TELEFONO			OCCUPATION/OCUPACION		
NEXT OF KIN NOT LIVING WITH PATIENT/ PARIENTE CERCANO NO HABITANDO CON USTED		ADDRESS/DOMOCILIO		RELATIONSHIP/PARENTESCO	TELEPHONE NUMBER/TELEFONO		

<b>RESPONSIBLE PARTY INFORMATION: INFORMACION DEL PARTIDO RESPONSABLE:</b>				LIST SPOUSE INFORMATION OF PARENT IF PATIENT IS A MINOR. A NOTE INFORMACIÓN DE CÓNYUGUE O DE PADRE/MADRE SI EL/LA PACIENTE ES MENOR DE EDAD					
LAST NAME/APELLIDO		FIRST NAME/NOMBRE		MIDDLE/SEGUNDO NOMBRE		RELATIONSHIP/PARENTESCO		SOCIAL SECURITY NUMBER/ NUMERO DE SEGURO SOCIAL	
STREET ADDRESS/DOMOCILIO				CITY/CIUDAD		STATE/ESTADO	ZIP CODE/ ZONA POSTAL	TELEPHONE NUMBER/TELEFONO	
EMPLOYER'S NAME/NOMBRE DEL PATRON		ADDRESS/DOMOCILIO		CITY/CIUDAD		STATE/ESTADO	ZIP CODE		
OCCUPATION/OCUPACION			TELEPHONE NUMBER/TELEFONO			<b>MAIDEN NAME APELLIDO SOLTERO</b>			

<b>INSURANCE INFORMATION:</b>					
INSURANCE COMPANY #1 COMPANIA ASEGURADORA #1		SUBSCRIBER/SOLICITANTE		SOCIAL SECURITY NUMBER/ NUMERO DE SEGURO SOCIAL	
ADDRESS/DOMOCILIO		POLICY NUMBER/ NUMERO DE POLIZA	GROUP NUMBER/ NUMERO DE GRUPO	CERTIFICATE NUMBER NUMERO DE CERTIFICADO	
INSURANCE COMPANY #2 COMPANIA ASEGURADORA #2		SUBSCRIBER/SOLICITANTE		SOCIAL SECURITY NUMBER/ NUMERO DE SEGURO SOCIAL	
ADDRESS/DOMOCILIO		POLICY NUMBER NUMERO DE POLIZA	GROUP NUMBER/ NUMERO DE GRUPO	CERTIFICATE NUMBER/ NUMERO DE CERTIFICADO	
WORK INJURY/LESION DEL TRABAJO <input type="checkbox"/> YES/SÍ <input type="checkbox"/> NO	DATE OF ACCIDENT/ FECHA DEL ACCIDENTE	WHERE AND HOW ACCIDENT HAPPENED DONDE Y COMO SUCEDIO EL ACCIDENTE			
<input type="checkbox"/> MEDICARE: NUMBER NUMERO					
<input type="checkbox"/> MEDI-CAL: NUMBER NUMERO		SHARE OF COST PORCION DEL COSTO			
<input type="checkbox"/> CASH: EFECTIVO					

### MISCELLANEOUS INFORMATION: INFORMACION MISCELANEA

1. Have you been a patient at this hospital before under another name?  
1. Anteriormente ha sido usted paciente en este hospital bajo otro nombre?
2. If available, which accommodation would you prefer?  
2. Si disponible, que habitación desearía?  
 Private / Privada  Semi Private / Semi Privada  Ward / Guarda

**PLEASE MAIL THIS INFORMATION PRIOR TO ADMISSION  
FAVOR DE ENVIAR ESTA INFORMACION ANTES DE ADMISION**



**EMANUEL**  
MEDICAL CENTER

825 DELBON AVENUE • TURLOCK, CALIFORNIA 95382

TELEPHONE (209) 667-4200



**EMANUEL**  
MEDICAL CENTER

Apreciable Paciente:

Su médico ha tramitado su admisión al Centro Médico Emanuel. Durante su estancia, personal hospitalario estará preocupado con su bienestar individual y ellos harán todo en su poder para hacer su hospitalización una experiencia tanto placentera como benéfica. Estamos aquí para servirle y para llevar a cabo los dictámenes de su médico. Confiamos que para su pronta recuperación encontrará los servicios profesionales y personales que usted necesite.

Al completar y al enviar esta forma de pre-admisión por avanzado, usted estará auxiliando a facilitar el proceso de admisión, para que cuando usted venga al hospital el tiempo de admisión, sea mínimo.

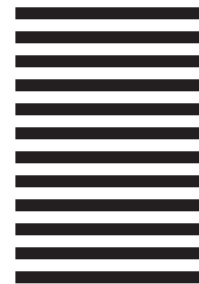
El Centro Médico es su hospital. Extendemos a usted una cordial bienvenida.

Sinceramente,

John R. Sigsbury  
*Presidente*



NO POSTAGE  
NECESSARY  
IF MAILED IN  
THE UNITED  
STATES



**BUSINESS REPLY MAIL**

FIRST-CLASS PERMIT NO. 207 TURLOCK, CA

POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

**EMANUEL MEDICAL CENTER**  
ADMITTING  
825 DELBON AVENUE  
P.O. BOX 819005  
TURLOCK, CA 95381-9005