

Raleigh Campus
3000 New Bern Avenue
Raleigh, NC 27610
Telephone: 919-350-8169
Fax 919-350-7811 or
email RaleighReg@wakemed.org

Cary Hospital
1900 Kildaire Farm Road
Cary, NC 27518
Telephone: 919-350-2523
Fax 919-350-2350 or
email CaryReg@wakemed.org

North Hospital
10000 Falls of Neuse Road
Raleigh, NC 27614
Telephone: 919-350-1581
Fax 919-350-9850 or
email northreg@wakemed.org



Formulario de Pre-Registro

Por favor llene todos los cuadros. Por favor adjunte una identificación con foto y una copia de la tarjeta de seguro a este formulario. Aprobación previa de la aseguradora es responsabilidad de la paciente.

INFORMACIÓN DE SU MEDICO					Fecha de parto	Último Período Menstrual	Embarazo múltiple <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Obstetra / Clínica	Médico de Cabecera	Pediatria					
INFORMACIÓN DE LA PACIENTE							
¿Ha estado usted en alguna locación de WakeMed? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				¿Si su respuesta es "Sí", bajo qué nombre?			
Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Nombre de Soltera		Nombre Preferido		
Domicilio					Teléfono		
Ciudad			Estado	Código Postal	Condado		
Edad	Fecha de Nacimiento	Numero de Seguro Social		Dirección de correo electrónico			
Estatus matrimonial	<input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Separada	¿Usa usted el Portal del Paciente "MyChart"?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Raza/Etnicidad	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro-Afro-americano <input type="checkbox"/> Indio Americano (Indígena) <input type="checkbox"/> Otro- Multiracial, Mestizo <input type="checkbox"/> Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Paciente no respondió <input type="checkbox"/> Información no disponible						
¿Es usted de origen hispano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido-Paciente no disponible al momento de registración / paciente se rehusó				Idioma Preferido		Religión de Preferencia	
CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA							
Apellido			Primer Nombre			Relación con el paciente	
Domicilio					Teléfono		
Nombre del Esposo			Fecha de nacimiento del esposo		Numero de Seguro Social del esposo		
Para pacientes menores de 18	Nombre de padres o guardián	Numero de Seguro Social de padres o guardián	Fecha de nacimiento de padres o guardián	Empleador de los padres o del guardián			
INFORMACIÓN DE EMPLEO							
Oficio de la Paciente				Oficio del Esposo			
Empleador				Empleador del Esposo			
Dirección del Empleador				Domicilio del Empleador			
Teléfono de Empleador				Teléfono del Empleador			
INFORMACIÓN DE ASEGURADORA							
MEDICAID <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				Número del Receptor			
CAROLINA ACCESS <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				Nombre del Médico			
INFORMACIÓN DE ASEGURADORA *** Por favor incluya copia de la tarjeta de suguro. ***							
Nombre de Aseguradora				Número del Grupo del Empleador			
Domicilio para reclamos del seguro							
Número de Póliza del Seguro				Número de teléfono de Aseguradora			
Nombre en la Tarjeta				Número de Seguro Social del Abonado			
Nombre del Abonado				Fecha de Nacimiento del Abonado			