



Sentara Northern Virginia Medical Center
 2300 Opitz Boulevard
 Woodbridge, VA 22191
 703-523-2387

Formulario de preadmisión a trabajo de parto y parto
Labor and Delivery Pre-Admission Form

Traiga este formulario completo, sus tarjetas de seguro y una identificación con fotografía cuando llegue a la preadmisión.
 Please bring this completed form, your insurance cards, and a picture ID with you when you come to pre-admit.

Fecha de parto: _____
 Due Date

Médico o grupo de OB: _____ Médico de cabecera: _____
 OB Physician or Group Primary Care Physician

Información de la paciente
Patient Information

Apellido legal: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____
 Legal Last Name First Middle

Nombre de soltera: _____
 Maiden Name

Dirección: _____ Apt./N.º de lote: _____ Teléfono: _____
 Address Apt/Lot # Telephone

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 City State Zip Code

N.º de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
 Social Security # Birth Date Age

Estado civil: Soltera Casada Separada Divorciada Viuda
 Marital Status Single Married Separated Divorced Widowed

Raza: _____ Preferencia Religiosa: _____
 Race Religious Preference

Información del empleador
Employer Information

Empleado: Sí No Discapacitado Retirado – ¿De qué compañía? _____
 Employed Yes No Disabled Retired – From what company?

Nombre de la compañía: _____ Teléfono: _____
 Company Name Telephone

Dirección: _____
 Address

Ocupación: _____ Tiempo completo/tiempo parcial: _____ Duración del empleo: _____
 Occupation Full Time/ Part Time Length of Employment

Cónyuge/otro:
Spouse/ Other

Relación con el paciente: _____
 Relationship to patient

Apellido legal: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____
 Legal Last Name First Middle

N.º de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
 Social Security # Birth Date Age

Empleado: Sí No Discapacitado Retirado – ¿De qué compañía? _____
Employed Yes No Disabled Retired – From what company?

Dirección: _____
Address

Ocupación: _____ Tiempo completo/tiempo parcial: _____ Duración del empleo: _____
Occupation Full Time/ Part Time Length of Employment

Si es diferente del paciente:
If different than patient

Dirección: _____ Apt./N.º de lote: _____ Teléfono: _____
Address Apt/Lot # Telephone

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
City State Zip Code

Alguien local para notificar en caso de emergencia (que no sea el número de teléfono del hogar)
Someone Local to Notify in Case of Emergency (Other Than Home Telephone Number)

Nombre completo: _____ Relación: _____
Full Name Relationship

Dirección: _____
Address

Teléfono del hogar: _____ Teléfono del trabajo: _____
Home Telephone Work Telephone

Información del seguro
Insurance Information

Primer plan
First Plan

Compañía de seguros: _____
Insurance Company

N.º de póliza: _____ N.º de grupo: _____
Policy # Group #

Dirección: _____
Address

Teléfono: _____ Fecha de entrada en vigor: _____
Telephone Effective Date

Segundo plan
Second Plan

Compañía de seguros: _____
Insurance Company

N.º de póliza: _____ N.º de grupo: _____
Policy # Group #

Dirección: _____
Address

Teléfono: _____ Fecha de entrada en vigor: _____
Telephone Effective Date

Política de tabaquismo del hospital
Hospital Smoking Policy

Sentara Northern Virginia Medical Center es un sitio libre de humo.
Sentara Northern Virginia Medical Center is a smoke-free campus.

Formulario completado

Completed Form

Cuando haya completado este formulario, puede:

When you have completed this form, you may:

- Enviar un fax a: 571-542-9941 (adjunte una copia de su identificación con fotografía y tarjeta de seguro)
Fax to: 571-542-9941 (Attach a copy of your picture ID and insurance card)
- Enviar un correo a Sentara Northern Virginia Medical Center, ATTN: L & D Registration, 2300 Optiz Blvd, Woodbridge, VA 22191 (adjunte una copia de su identificación con fotografía y tarjeta de seguro)
Mail to Sentara Northern Virginia Medical Center, ATTN: L & D Registration, 2300 Optiz Blvd, Woodbridge, VA 22191 (Attach a copy of your picture ID and insurance card)
- Presente este formulario en persona en la zona de registro en la parte delantera del hospital. Se encuentra en el primer piso. El horario es de 8 a 5:30, de lunes a viernes.
Present this form in person to the Registration Area at the front of the hospital. This is located on the first floor. Hours are 8-5:30, M-F.

Visitas y clases

Tours and Classes

Llame al 1-800-SENTARA, o visite nuestro sitio web en www.sentara.com para obtener información.

Please call 1-800-SENTARA or visit our website www.sentara.com for information.