

# Centura Health Pre-Admission Form

St. Anthony North Hospital

## Patient Information (Información sobre el Paciente)

Due Date (Fecha de Dar a Luz) \_\_\_\_\_ Admit Date \_\_\_\_\_ Doctor/PCP (Médico): \_\_\_\_\_

Last Name (Apellido) \_\_\_\_\_ First (Nombre) \_\_\_\_\_ Middle Name (Segundo Nombre) \_\_\_\_\_

Address (Dirección) \_\_\_\_\_

City (Ciudad) \_\_\_\_\_ State (Estado) \_\_\_\_\_ Zip Code (Código Postal) \_\_\_\_\_ Telephone (Número de Telefono) \_\_\_\_\_

Date of Birth (Fecha de Nacimiento) \_\_\_\_\_ Sex (Sexo) \_\_\_\_\_ Marital Status (Estado Civil) \_\_\_\_\_

Social Security Number (Número del Seguro Social) \_\_\_\_\_ Employer (Empleo) \_\_\_\_\_ Occupation (Ocupación) \_\_\_\_\_

Employer's Telephone (Telefono de Empleo) \_\_\_\_\_ Employer's Address (Dirección de Empleo) \_\_\_\_\_

Religion (Religión) \_\_\_\_\_

## Next of Kin – Husband, father, mother, etc.(Parientes Proximos – Esposo, padre, etc.)

Last Name (Apellido) \_\_\_\_\_ First (Nombre) \_\_\_\_\_ Middle Name (Segundo Nombre) \_\_\_\_\_ Relationship (Parentesco) \_\_\_\_\_

Address (Dirección) \_\_\_\_\_

City (Ciudad) \_\_\_\_\_ State (Estado) \_\_\_\_\_ Zip Code (Código Postal) \_\_\_\_\_ Telephone (Número de Telefono) \_\_\_\_\_

Employer (Empleo) \_\_\_\_\_ Occupation (Ocupación) \_\_\_\_\_ Employer's Telephone (Telefono de Empleo) \_\_\_\_\_

Employer's Address (Dirección de Empleo) \_\_\_\_\_ Social Security Number (Número de Seguro Social) \_\_\_\_\_

## Relative or Friend at Different Address (Pariente o Amigo a una Dirección Diferente)

Last Name (Apellido) \_\_\_\_\_ First (Nombre) \_\_\_\_\_ Middle Name (Segundo Nombre) \_\_\_\_\_ Relationship (Parentesco) \_\_\_\_\_

Address (Dirección) \_\_\_\_\_

City (Ciudad) \_\_\_\_\_ State (Estado) \_\_\_\_\_ Zip Code (Código Postal) \_\_\_\_\_ Telephone (Número de Telefono) \_\_\_\_\_

## Insurance Information (Información de Aseguranza)

Insurance Name (Compania de Aseguranza) \_\_\_\_\_ Policy Number (Número de Póliza) \_\_\_\_\_ Group Number (Número de Grupo) \_\_\_\_\_

Name of insured person (Nombre de la Persona qui Tiene Aseguranza) \_\_\_\_\_ Relationship (Parentesco) \_\_\_\_\_

Address of Insurance Company (Dirección de la Compania del Aseguranza) \_\_\_\_\_

St. Anthony North FAX: 720-627-3631

**PATIENT INFORMATION SHEET- PAPEL DE INFORMACION**

Name of Patient/Nobre \_\_\_\_\_

Due Date/Fecha de Nacimiento del bebe \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Address/Direccion \_\_\_\_\_

City/Ciudad \_\_\_\_\_ State/Estado \_\_\_\_\_ Zip/Código Postal \_\_\_\_\_

Home Phone/Telefono de Casa \_\_\_\_\_ Cell/Otro Teléfono \_\_\_\_\_

Social Security #/Numero Social \_\_\_\_\_ Place of Birth/Donde Nacio \_\_\_\_\_

Date of Birth/Dia de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sex M / F

Marital Status/Estatus matrimonial M(Casada) S(Saltero) D(Diverdid) W(Viuda)

Enferedad o Lesion \_\_\_\_\_ Religion \_\_\_\_\_

Employer/Trabaja \_\_\_\_\_ Phone/Telefono \_\_\_\_\_

**EMERGENCY CONTACT INFORMATION – CONTACTO DE EMERGENCIA**

Name/Nombre \_\_\_\_\_ Phone/Telefono \_\_\_\_\_

Relationship/Relacion \_\_\_\_\_

**FAMILY DOCTOR INFORMATION – FAMILIA MEDICO**

Doctor/Principal Medico \_\_\_\_\_ Phone/Telefono \_\_\_\_\_

Clinica Campesina - - - - - Donde: Lafayette Pecos Thornton

If you do **NOT** have a family doctor, please initial here: \_\_\_\_\_ (initials)

**GUARANTOR INFORMATION – INFORMACION DE LOS PADRES**

Name/Nombre de su Padres \_\_\_\_\_ Relationship to Child/Relacion \_\_\_\_\_

Social Security #/Numero Social \_\_\_\_\_ Date of Birth/Dia de Nacimiento \_\_\_\_\_

Address/Direction \_\_\_\_\_ State/Estado \_\_\_\_\_ Zip/Codigo Postal \_\_\_\_\_

Employer/Trabaja \_\_\_\_\_ Phone/Telefono \_\_\_\_\_

**INSURANCE INFORMATION – INFORMACION DE SEGURO**

Policy Holder’s Name/Nombre de Poliza Tenedor \_\_\_\_\_

Relationship/Relacion \_\_\_\_\_

Social Security #/Numero Social \_\_\_\_\_ Date of Birth/Dia de Nacimiento \_\_\_\_\_

Policy Holder’s Employer/Nombre de Poliza Trabaja \_\_\_\_\_

Insurance Company/Nombre de Seguro \_\_\_\_\_ Phone/Telefono \_\_\_\_\_

Policy #/Numero de Poliza \_\_\_\_\_ Group #/Numero de Grupo \_\_\_\_\_

If you do **NOT** have insurance, please initial here: \_\_\_\_\_ (initials)