

FINANCIAL SCREENING SERVICES
 THE MOUNT SINAI HOSPITAL
 ONE GUSTAVE L. LEVY PLACE, BOX 6000
 NEW YORK, NEW YORK 10029
 Phone: 212-731-3800 Fax: 212-822-4930

MATERNITY PRE-ADMISSION QUESTIONNAIRE

TO ENSURE AN EXPEDIENT ADMISSION AND AN ACCURATE BIRTH CERTIFICATE PLEASE RETURN QUESTIONNAIRE WITHIN 10 DAYS OF RECEIPT.
 UPON RECEIPT OF THIS FORM, WE WILL SEND YOU AN INFORMATION PACKET.

Estimated Date of Admission/Due Date _____ Referred By: Mount Sinai Hospital Physician E-Level
 Obstetrician _____ Settlement Boriken Other _____

PATIENT'S LEGAL NAME	LAST	FIRST	MIDDLE	MAIDEN
HOME ADDRESS	STREET	APT NO.	AREA CODE / TEL. NO. (H) (C)	
CITY / TOWN	COUNTY	STATE	ZIP CODE	
E-MAIL	@	SOCIAL SECURITY		

MAILING ADDRESS (IF DIFFERENT FROM HOME)	AREA CODE / TEL NO. (H) (C)
---	-----------------------------------

MATERNITY PATIENT INFORMATION	AGE	BIRTH DATE	RELIGION	RACE	ANCESTRY
	MARITAL STATUS <input type="checkbox"/> SINGLE <input type="checkbox"/> MARRIED <input type="checkbox"/> DIVORCED		MOTHER'S FULL NAME _____		
	<input type="checkbox"/> WIDOWED <input type="checkbox"/> SEPARATED		FATHER'S FULL NAME _____		

NEXT OF KIN	NAME	RELATIONSHIP	ADDRESS	AREA CODE / TEL NO. (H) (C)	BIRTH DATE
--------------------	------	--------------	---------	-----------------------------------	------------

NOTIFY IN EMERGENCY	NAME	RELATIONSHIP	ADDRESS	AREA CODE / TEL NO. (H) (C)	BIRTH DATE
----------------------------	------	--------------	---------	-----------------------------------	------------

MOST RECENT CARE	WERE YOU EVER BEEN TREATED AT MOUNT SINAI? <input type="checkbox"/> YES				
	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> E-LEVEL <input type="checkbox"/> ER <input type="checkbox"/> HOSPITAL <input type="checkbox"/> OTHER _____				
	UNDER WHAT LAST NAME WERE YOU REGISTERED IF DIFFERENT FROM ABOVE? _____				

PATIENT'S OCCUPATION	EMPLOYER _____	ADDRESS _____
	OCCUPATION _____	AREA CODE / TEL NO. _____
	ARE YOU A CURRENT MOUNT SINAI HOSPITAL EMPLOYEE? <input type="checkbox"/> YES NO <input type="checkbox"/>	

<input type="checkbox"/> SPOUSE'S OR PARENT'S OCCUPATION	EMPLOYER _____	ADDRESS _____
	OCCUPATION _____	HOW LONG? _____ ADDRESS _____
PLEASE CHECK ONE	SOCIAL SECURITY NO. _____	AREA CODE / TEL NO. _____
	ARE YOU A CURRENT MOUNT SINAI HOSPITAL EMPLOYEE? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	

INSURANCE:	INSURANCE CO. NAME _____	TEL NO. TO VERIFY ELIGIBILITY _____
PRIMARY INSURANCE	ADDRESS _____	CITY _____ STATE _____ ZIP _____
	POLICY HOLDER'S NAME _____	BIRTH DATE _____
	PATIENT RELATIONSHIP TO INSURED: <input type="checkbox"/> SPOUSE <input type="checkbox"/> OTHER <input type="checkbox"/> CHILD	POLICY # _____

SECONDARY INSURANCE	INSURANCE CO. NAME _____	TEL NO. TO VERIFY ELIGIBILITY _____
	ADDRESS _____	CITY _____ STATE _____ ZIP _____
	POLICY HOLDER'S NAME _____	BIRTH DATE _____
	PATIENT RELATIONSHIP TO INSURED: <input type="checkbox"/> SPOUSE <input type="checkbox"/> OTHER <input type="checkbox"/> CHILD	POLICY # _____
	MEDICAID COVERAGE: <input type="checkbox"/> FIDELIS <input type="checkbox"/> HEALTHFIRST <input type="checkbox"/> OTHER _____ MEDICAID STATE ID# _____	

NEWBORN INSURANCE	IN WHICH INSURANCE PLAN DO YOU PLAN TO ENROLL YOUR NEWBORN?	
	POLICY HOLDER'S NAME _____	BIRTH DATE _____
	RELATIONSHIP TO PATIENT _____	
	INSURANCE CO. NAME _____	
	CLAIMS ADDRESS _____	
	AREA CODE / TEL NO. _____	POLICY ID # _____
	MEDICAID COVERAGE _____	MEDICAID STATE ID# _____

OTHER INFORMATION	TO BE COMPLETED BY FATHER OF CHILD:	
	FULL NAME _____	BIRTH DATE _____

CUESTIONARIO ANTES DE LA ADMISION PARA LA MATERNIDAD

PARA ASEGURAR EXPEDIENTE Y UN CERTIFICADO DE NACIMIENTO CORRECTO ENTREGUE ESTE CUESTIONARIO DENTRO DE DIEZ DIAS DE RECIBIRLO.
 CUANDO LO REGRESE, LE MANDAREMOS UN PAQUETE DE INFORMACION SOBRE SU CUIDADO..

Aproximada fecha de admisión _____ Referida Por: Medico de Mount Sinai Clínica
 El Doctor Obstétrico _____ Settlement Boriken Otro _____

NOMBRE DEL PACIENTE	APELLIDO(S)	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
DIRECCIÓN	CALLE	APARTAMENTO	CODIGO DE AREA/TELÉFONICO
CIUDAD	CONDADO	ESTADO	CONDIGO POSTAL
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO/EMAIL		NUMERO DEL SEGURO SOCIAL	
@			
DIRECCIÓN POSTAL		CODIGO DE AREA/TELÉFONICO	

INFORMACION DE LAS MADRES	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	RELIGION	RAZA
	ESTADO CIVIL	<input type="checkbox"/> SOLTERA <input type="checkbox"/> CASADA <input type="checkbox"/> VIUDA <input type="checkbox"/> DIVORCIADA <input type="checkbox"/> SEPARADA	NOMBRE COMPLETO DE SU MADRE _____ NOMBRE COMPLETO DE SU PADRE _____	
PARIENTE MAS CERCANO	NOMBRE	RELACIÓN	DIRECCIÓN	FECHA DE NACIMIENTO
EN CASO DE EMERGENCIA NOTIFIQUE	NOMBRE	RELACIÓN	DIRECCIÓN	FECHA DE NACIMIENTO
HOSPITALIZACION MAS RECIENTE	HA SIDO UD. PACIENTE EN MOUNT SINAI ANTERIORMENTE?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> HOSPITAL <input type="checkbox"/> AREA E <input type="checkbox"/> CUARTO DE EMERGENCIA	
	SI ESTA REGISTRADA EN OTRO APELLIDO, CUAL ES? _____		<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> OTRO _____	

OCUPACIÓN DEL PACIENTE	NOMBRE DEL SITIO DONDE UD. TRABAJA _____ DIRECCIÓN _____	OCUPACIÓN _____ CODIGO DE AREA/TELÉFONICO _____
	ES UD. EMPLEADA DE MOUNT SINAI? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

OCUPACIÓN DEL	NOMBRE DEL SITIO O DONDE UD. TRABAJA _____ DIRECCIÓN _____	POR CUANTO TIEMPO? _____ DIRECCIÓN _____
<input type="checkbox"/> ESPOSO	OCUPACIÓN _____ CODIGO DE AREA/TELÉFONICO _____	
<input type="checkbox"/> PADRE	NUMERO DEL SEGURO SOCIAL _____ IDENTIFICACION DEL GRUPO _____	
	ES UD. EMPLEADA DE MOUNT SINAI? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

SEGURO SEGURO PRIMARIO	NOMBRE DE LA COMPANIA DE SEGURO _____ TELÉFONO PARA VERIFICAR ELEGIBILIDAD _____	DIRECCION _____ CIUDAD _____ ESTADO _____
	CODIGO POSTAL _____ NOMBRE DEL ASEGURADO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____	
	RELACIÓN DEL PACIENTE AL ASEGURADO: <input type="checkbox"/> ESPOSO <input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> OTRO	
	IDENTIFICACION DEL GRUPO _____	

SEGURO SECUNDARIO:	NOMBRE DE LA COMPANIA DE SEGURO _____ CODIGO DE AREA/TELÉFONICO _____	DIRECCION _____ CIUDAD _____ ESTADO _____
	CODIGO POSTAL _____ NOMBRE DEL ASEGURADO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____	
	RELACIÓN DEL PACIENTE AL ASEGURADO: <input type="checkbox"/> ESPOSO <input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> OTRO	
	IDENTIFICACION DEL GRUPO _____	
	EL TIPO DE LA COBERTURA DE MEDICAID: <input type="checkbox"/> FIDELIS <input type="checkbox"/> HEALTHFIRST <input type="checkbox"/> OTRO PLAN _____	
	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL MEDICAID _____	

SEGURO DEL RECIÉN NACIDO	¿EN QUÉ PLAN DE SEGUROS PLANEAS INSCRIBIR SU RECIÉN NACIDO?		
	NOMBRE TITULAR DE LA PÓLIZA _____	FECHA DE NACIMIENTO _____	
	RELACIÓN AL PACIENTE _____		
	NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO _____	NÚMERO DE LA PÓLIZA _____	
	DIRECCION _____	CIUDAD _____	ESTADO _____
	CODIGO POSTAL _____	CODIGO DE AREA/TELÉFONICO _____	
	EL TIPO DE LA COBERTURA DE MEDICAID: <input type="checkbox"/> FIDELIS <input type="checkbox"/> HEALTHFIRST <input type="checkbox"/> OTRO PLAN _____		
	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL MEDICAID _____		

INFORMACION ADICIONAL	EL PADRE DEL BEBE TIENE QUE COMPLETAR LO SIGUENTE:		
	NOMBRE COMPLETO _____	FECHA DE NACIMIENTO _____	