



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 MSHS EMPLOYEE? <input type="checkbox"/> YES NO <input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/> SPOUSE'S OR PARENT'S OCCUPATION PLEASE CHECK ONE	EMPLOYER _____ ADDRESS _____
	OCCUPATION _____ HOW LONG? _____ ADDRESS _____
	SOCIAL SECURITY NO. _____ AREA CODE / TEL NO. _____
	ARE YOU A CURRENT MSHS 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 SOLTERA CASADA VIUDA NOMBRE COMPLETO DE SU MADRE _____
 DIVORCIADA SEPARADA NOMBRE COMPLETO DE SU PADRE _____

PARIENTE MAS CERCANO NOMBRE RELACIÓN DIRECCIÓN CODIGO DE AREA/TELÉFONICO FECHA DE NACIMIENTO

EN CASO DE EMERGENCIA NOTIFIQUE NOMBRE RELACIÓN DIRECCIÓN CODIGO DE AREA/TELÉFONICO FECHA DE NACIMIENTO

HOSPITALIZACION MAS RECIENTE HA SIDO UD. PACIENTE EN MOUNT SINAI ANTERIORMENTE? SI HOSPITAL AREA E CUARTO DE EMERGENCIA
 SI ESTA REGISTRADA EN OTRO APELLIDO, CUAL ES? _____ NO OTRO _____

OCUPACIÓN DEL PACIENTE NOMBRE DEL SITIO DONDE UD. TRABAJA _____ DIRECCIÓN _____
 OCUPACIÓN _____ CODIGO DE AREA/TELÉFONICO _____
 ES UD. EMPLEADA DE MOUNT SINAI? SI NO

OCUPACIÓN DEL ESPOSO NOMBRE DEL SITIO O DONDE UD. TRABAJA _____ DIRECCIÓN _____
 PADRE OCUPACIÓN _____ POR CUANTO TIEMPO? _____ DIRECCIÓN _____
 NUMERO DEL SEGURO SOCIAL _____ CODIGO DE AREA/TELÉFONICO _____
 ES UD. EMPLEADA DE MOUNT SINAI? SI NO

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: IDENTIFICACION DEL GRUPO _____
 ESPOSO HIJO OTRO

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: IDENTIFICACIÓN DEL GRUPO _____
 ESPOSO HIJO OTRO
 EL TIPO DE LA COBERTURA DE MEDICAID: NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL MEDICAID _____
 FIDELIS HEALTHFIRST OTRO PLAN _____

SEGURO DEL RECIÉN NACIDO ¿EN QUÉ PLAN DE SEGUROS PLANEA 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: NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL MEDICAID _____
 FIDELIS HEALTHFIRST OTRO PLAN _____

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