



PRE-ADMISSION OB REGISTRATION
INSCRIPCIÓN PARA LA PREADMISIÓN

PLEASE COMPLETE AND MAIL AS SOON AS POSSIBLE; USE THE ENCLOSED ENVELOPE
 POR FAVOR, LLÉNE ESTA FORMA EN INGLÉS TAN PRONTO
 COMO SEA POSIBLE; USE EL SOBRE INCLUIDO PARA MANDARLA

ANTICIPATED HOSPITAL OF DELIVERY:
 HOSPITAL ANTICIPADO PARA EL PARTO:
 COBB _____ DOUGLAS _____ KENNESTONE _____

OR Fax to: Cobb 770-732-5125 Douglas 770-920-6258 Kennestone 678-331-6909

P A T I E N T	EXPECTED DATE OF ADMISSION FECHA ANTICIPADA DE ADMISION		DOCTOR'S NAME NOMBRE DEL MÉDICO		PEDIATRICIAN NAME NOMBRE DEL MÉDICO PEDIATRIA		
	NAME/FIRST NAME, MIDDLE NAME AT BIRTH, LAST NAME) NOMBRE, APELLIDO(S)			FORMER NAMES NOMBRE ANTERIORES		SOCIAL SECURITY NO. NUM. DE SEGURO SOCIAL	
	ADDRESS DIRECCIÓN		STREET CALLE	APT-/LOT NO. # DE APT/# DE LOT	COUNTY CONDADO		DATE OF BIRTH FECHA DE NACIMIENTO
	CITY / CIUDAD		STATE/ ESTADO	ZIP CODE/ CÓDIGO		PHONE/ TELÉFONO	CELL PHONE NUMBER / NUM DE TELEFONO MOVIL
	STATUS (Select one) <input type="checkbox"/> Married / Casado <input type="checkbox"/> Divorced / Divorciado <input type="checkbox"/> Separated / Separado <input type="checkbox"/> Single / Soltero <input type="checkbox"/> Widowed / Viudo			RACE /RAZA <input type="checkbox"/> White (Non-Hispanic) <input type="checkbox"/> Non-White Hispanic <input type="checkbox"/> White-Hispanic		<input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> Multi-Racial <input type="checkbox"/> Other	

COMPLETE BELOW FOR PERSON RESPONSIBLE FOR BILL (IF SAME AS PATIENT, CHECK HERE AND OMIT)
 LLÉNESE ABAJO POR LA PERSONA RESPONSABLE POR LA CUENTA (SÍ ES EL PACIENTE, MÁRQUE AQUÍ Y OMÍTALA)

G U A R A N T O R	PERSON RESPONSIBLE FOR ACCOUNT PERSONA RESPONSABLE POR LA CUENTA			RELATION TO PATIENT RELACIÓN CON EL PACIENTE		
	ADDRESS DIRECCIÓN		STREET CALLE	APT-/LOT NO # DE APT/# DE LOT		
	CITY CIUDAD		STATE ESTADO	ZIP CODE CÓDIGO		PHONE TELÉFONO
	DATE OF BIRTH FECHA DE NACIMIENTO		SOCIAL SECURITY NO. NUM. DE SEGURO SOCIAL			CELL PHONE NUMBER / NUM DE TELEFONO MOVIL

COMPLETE BELOW FOR NEXT OF KIN (IF SAME AS ABOVE, CHECK HERE AND OMIT)
 LLÉNESE ABAJO CON EL PARIENTE (SÍ ES EL MISMO QUE EL GARANTE, MÁRQUE AQUÍ Y OMÍTALA)

R E L A T I V E	PATIENT'S SPOUSE/PARENT (OR OTHER RELATIVE) ESPOSO/A DEL PACIENTE, PADRE, U OTRO PARIENTE			RELATION TO PATIENT RELACIÓN AL PACIENTE		
	ADDRESS DIRECCIÓN		STREET CALLE	APT-/LOT NO # DE APT/# DE LOT		
	CITY CIUDAD		STATE / ESTADO	ZIP CODE / CÓDIGO		PHONE TELÉFONO
	DATE OF BIRTH FECHA DE NACIMIENTO		SOCIAL SECURITY NO. NUM. DE SEGURO SOCIAL			CELL PHONE NUMBER / NUM DE TELEFONO MOVIL

FINANCIAL REQUIREMENTS

WellStar will accept your hospitalization insurance, as a courtesy to you, only if you follow these instructions:
 1) Complete all information on back and front of this form.
 2) Bring insurance I.D. cards/policies.
 You should verify with your insurance company the pre-admission requirements on your insurance policy. Failure to do so may drastically reduce your benefits.
 If you do not have insurance to cover this hospitalization:
 1) A pre-admission deposit will be required.
 2) You must also contact the Maternity Patient Financial Representative at Cobb 770-732-3758, Douglas 770-920-6340, Kennestone 770-793-8021. Monday through Friday, 8:00 AM to 4:30 PM.

OBLIGACIONES FINANCIERAS

WellStar aceptará su seguro de hospitalización solamente si Ud. sigue las siguientes instrucciones:
 1) Llène toda la información en los dos lados de esta forma.
 2) Traiga con Ud. cualquier tarjeta de identificación y pólizas que tenga.
 También Ud. debe verificar los requisitos de preadmisión de su póliza con la compañía de seguro. El no verificar esta información puede reducir drásticamente sus beneficios.
 Si Ud. no tiene seguro para cobrar esta hospitalización:
 1) Se requiere un depósito de preadmisión.
 2) Ud. tiene que llamar a la Representante Financiera de las Pacientes de Maternidad, Cobb 770-732-3758, Douglas 770-920-6340, Kennestone 770-793-8021. De lunes a viernes, desde las 8:00 de la mañana hasta las 4:30 de la tarde.

**REMEMBER: YOU MUST COMPLETE BOTH SIDES OF THIS FORM! RECUERDE: ;TIENE QUE LLENAR LOS DOS LADOS DE ESTA FORMA!
 COMPLETE ALL NECESSARY SECTIONS LLÉNE TODAS LAS PARTES APLICABLES**

Please provide a copy of the front and back of your insurance card(s) Por favor, proporcione una copia del anverso y reverso de su tarjeta de seguro (s)

Insurance/Medicaid Coverage

INSURANCE 1	INSURANCE COMPANY (IF BLUE CROSS, WHICH STATE?) COMPAÑÍA DE SEGURO (SI ES CRUZ AZUL, ¿EN CUÁL ESTADO?)		INSURED NAME/DOB NOMBRE DEL ASEGURADO/DOB		SOCIAL SECURITY NUMBER/ EL NUMERO DEL SEGURO SOCIAL		
	ID/POLICY/CONTRACT NO. NÚM. DE IDENTIFICACIÓN/PÓLIZA/CONTRACTO		GROUP NAME (EXAMPLE- EMPLOYER) NOMBRE DEL GRUPO (EJEMPLO-COMPAÑÍA DE SU TRABAJO)		GROUP NUMBER NÚMERO DEL GRUPO	EFFECTIVE/EXPIRATION DATE FECHAS DE INICIO Y DE LA EXPIRACIÓN	
	ADDRESS FOR CLAIMS DIRECCIÓN PARA RECLAMOS		BOX/STREET CAJA/CALLE		CITY CIUDAD	STATE ESTADO	ZIP CODE CÓDIGO
	DID YOU VERIFY IF ANY PRE-ADMISSION APPROVALS ARE REQUIRED? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO ¿UD. VERIFICÓ QUE SI ES NECESARIA UNA APROBACIÓN DE PREAMISIÓN? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		PHONE NO. TO OBTAIN PRECERTIFICATION APPROVAL NUM. DE TELÉFONO PARA OBTENER APROBACIÓN DE CERTIFICACIÓN		INSURANCE CO. PHONE NO. (BENEFITS) NUM. DE TELÉFONO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS (DE LOS BENEFICIOS)		
	IS ANY OTHER APPROVAL REQUIRED? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO ¿SE NECESITA OTRA APROBACIÓN? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		EMPLOYER (EMPLOYER (LIST COMPANY IF RETIRED/DISABLED) PATRÓN) / EMPLEADOR (NOMBRE DE LA COMPAÑÍA SI UD. ESTÁ RETIRADO/INCAPACITADO)		OCCUPATION / OCUPACIÓN		
	ADDRESS DIRECCIÓN		STREET CALLE	SUITE CUARTO	PHONE EXTENSION / TELÉFONO EXTENSIÓN		
	CITY / CIUDAD			STATE / ESTADO	ZIP CODE CÓDIGO		
	EMPLOYEE ID NO.	DATE OF EMPLOYMENT FECHA DEL EMPLEO		STATUS CHECK ONE (UNO) <input type="checkbox"/> FULL TIME/TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> PT TIME/PARTE DEL TIEMPO <input type="checkbox"/> RETIRED/RETIRADO <input type="checkbox"/> SELF/AUTOEMPLEADO		<input type="checkbox"/> HOURLY/POR HORA	<input type="checkbox"/> SALARIED /POR SALARIO

INSURANCE 2	INSURANCE COMPANY (IF BLUE CROSS, WHICH STATE?) COMPAÑÍA DE SEGURO (SI ES CRUZ AZUL, ¿EN CUÁL ESTADO?)		INSURED NAME/DOB NOMBRE DEL ASEGURADO/DOB		SOCIAL SECURITY NUMBER/ EL NUMERO DEL SEGURO SOCIAL		
	ID/POLICY/CONTRACT NO. NÚM. DE IDENTIFICACIÓN/PÓLIZA/CONTRACTO		GROUP NAME (EXAMPLE- EMPLOYER) NOMBRE DEL GRUPO (EJEMPLO-COMPAÑÍA DE SU TRABAJO)		GROUP NUMBER NÚMERO DEL GRUPO	EFFECTIVE/EXPIRATION DATE FECHAS DE INICIO Y DE LA EXPIRACIÓN	
	ADDRESS FOR CLAIMS DIRECCIÓN PARA RECLAMOS		BOX/STREET CAJA/CALLE		CITY CIUDAD	STATE ESTADO	ZIP CODE CÓDIGO
	DID YOU VERIFY IF ANY PRE-ADMISSION APPROVALS ARE REQUIRED? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO ¿UD. VERIFICÓ QUE SI ES NECESARIA UNA APROBACIÓN DE PREAMISIÓN? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		PHONE NO. TO OBTAIN PRECERTIFICATION APPROVAL NUM. DE TELÉFONO PARA OBTENER APROBACIÓN DE CERTIFICACIÓN		INSURANCE CO. PHONE NO. (BENEFITS) NUM. DE TELÉFONO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS (DE LOS BENEFICIOS)		
	IS ANY OTHER APPROVAL REQUIRED? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO ¿SE NECESITA OTRA APROBACIÓN? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		EMPLOYER (EMPLOYER (LIST COMPANY IF RETIRED/DISABLED) PATRÓN) / EMPLEADOR (NOMBRE DE LA COMPAÑÍA SI UD. ESTÁ RETIRADO/INCAPACITADO)		OCCUPATION OCUPACIÓN		
	ADDRESS DIRECCIÓN		STREET CALLE	SUITE CUARTO	PHONE EXTENSION / TELÉFONO EXTENSIÓN		
	CITY / CIUDAD			STATE / ESTADO	ZIP CODE CÓDIGO		
	EMPLOYEE ID NO.	DATE OF EMPLOYMENT FECHA DEL EMPLEO		STATUS CHECK ONE (UNO) <input type="checkbox"/> FULL TIME/TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> PT TIME/PARTE DEL TIEMPO <input type="checkbox"/> RETIRED/RETIRADO <input type="checkbox"/> SELF/AUTOEMPLEADO		<input type="checkbox"/> HOURLY/POR HORA	<input type="checkbox"/> SALARIED /POR SALARIO

If you have a Living Will or Durable Power of Attorney for Healthcare please bring your form(s) with you.

Si Usted tiene una forma del "Testamento en Vida" o una del "Poder Duradero, General y Amplio Para Cuidados de Salud", favor de traerlas con Ud. al hospital.

PRE-ADMISSION RELEASE FORM (PLEASE NOTE: We may need to contact your employer to complete insurance verification.)

I HEREBY AUTHORIZE WELLSTAR HOSPITAL AND MY ATTENDING PHYSICIAN(S) TO RELEASE ALL INFORMATION NECESSARY INCLUDING DIAGNOSIS, PROCEDURES TO BE PERFORMED, TESTS TO BE ADMINISTERED, ETC., IF REQUIRED, TO MY EMPLOYER, MY INSURANCE CARRIER(S) AND ANY OTHER THIRD PARTY COVERAGE THAT I MAY PROVIDE TO THE HOSPITAL AND TO ANY APPROPRIATE (OR ASSOCIATED) PRE-ADMISSION REVIEW GROUP(S) IN ORDER TO COMPLETE ANY PRE-ADMISSION REVIEW AND BENEFIT VERIFICATION.

FORMA DE REVELACIÓN PARA PREAMISIÓN (NOTA: Es posible que tendremos que contactar a su empleador para completar la verificación del seguro.)

YO DOY PERMISO AL HOSPITAL DE WELLSTAR Y A MI MÉDICO(S) DE REVELAR TODA LA INFORMACIÓN NECESARIA, INCLUYENDO LA DIAGNÓSTIS, PROCEDIMIENTOS QUE PUEDAN SER HECHOS, PRUEBAS QUE PUEDAN SER ADMINISTRADAS, ETC., A MI EMPLEADOR, MI COMPAÑÍA(S) DE SEGUROS Y A CUALQUIER OTRA TERCER PARTE DE PROTECCIÓN QUE YO PUEDA PROVEER AL HOSPITAL Y A CUALQUIER GRUPO DE PREAMISIÓN APROPIADO (O ASOCIADO) PARA COMPLETAR UN PROCESO DE PREAMISIÓN O DE CERTIFICACIÓN Y A LA VERIFICACIÓN DE LOS BENEFICIOS CUANDO SEA NECESARIO.

SIGNATURE/FIRMA: _____ DATE/FECHA: _____

▶ NOTE: IN ORDER FOR US TO BETTER PREPARE FOR YOUR ADMISSION, ALL PRE-ADMISSION INFORMATION MUST BE COMPLETED AND RETURNED AS SOON AS POSSIBLE. IF YOU HAVE ANY QUESTIONS, PLEASE CALL YOUR HOSPITAL BELOW MONDAY THROUGH FRIDAY, 8:00 AM TO 4:30 PM. WHEN THE FORM IS COMPLETED, FOLD AND INSERT INTO THE ENVELOPE PROVIDED AND MAIL. NOTA: PARA QUE NOSOTROS PODAMOS PREPARAR SU ADMISSION MEJOR, TODA LA INFORMACION DE PREAMISION TIENE QUE SER COMPLETA Y LA FORMA DEVUELTA TAN PRONTO COMO SEA POSIBLE. SI TIENE UD. ALGUNA PREGUNTA, POR FAVOR LLAME A SU HOSPITAL QUE ESTA ABAJO LUNES A VIERNES, 8:00 AM A 4:30 PM. CUANDO TERMINE DE COMPLETAR LA PAGINA, POR FAVOR DOBLAR Y PONER LA PAGINA EN EL SOBRE QUE SE LE HA DADO Y MANDARLO A.

WELLSTAR COBB HOSPITAL
770-732-3758

WELLSTAR DOUGLAS HOSPITAL
770-920-6340

WELLSTAR KENNESTONE HOSPITAL
770-793-8021