

**SURGERY AND ADMISSION NOTICE - SPANISH**  
 (FOR PHYSICIAN OFFICE USE ONLY)

**INSTRUCTIONS:**

- 1. SURGICAL:** CALL SURGERY SCHEDULING DEPARTMENT AT (562) 933-1011 WITH APPLICABLE INFORMATION COMPLETED ON FORM BELOW. FAX COMPLETED FORM TO SURGERY SCHEDULING AT (562) 933-1062.
- 2. NON-SURGICAL:** COMPLETE APPLICABLE QUESTIONS IN ALL BOXES. FAX COMPLETED FORM TO ADMITTING / RESERVATION AT (562) 933-1352.
- 3. PLEASE FAX ATTACHED PRE-ADMISSION FORM (OR PHYSICIAN OFFICE PATIENT DEMOGRAPHICS WITH INSURANCE CARD COPIES) TO (562) 933-1352.**

ADMISSION DATE:		ADMIT TYPE	INPATIENT	<input type="checkbox"/> SURG	<input type="checkbox"/> SURG-GYN	<input type="checkbox"/> MEDICAL	<input type="checkbox"/> OTHER
SURGERY DATE:			OUTPATIENT	<input type="checkbox"/> SURG	<input type="checkbox"/> SURG-GYN	<input type="checkbox"/> DAYCARE	<input type="checkbox"/> OBSERVATION
IF ADMITTING DATE IS DIFFERENT THAN SURGERY DATE PLEASE STATE REASON:						SPECIAL EQUIPMENT NEEDED? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
KNOWN ALLERGIES:		<input type="checkbox"/> LATEX	ANESTHESIOLOGIST REQUEST? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO				
ADMITTING PHYSICIAN:		PHONE NUMBER:	ATTENDING PHYSICIAN:		PHONE NUMBER:		
SURGEON NAME:		PHONE NUMBER:	ASST. SURGEON:		PROCTOR Y N		
DIAGNOSIS:				CPT CODES			
PROCEDURE (IF SURGERY REQUIRED):				1. _____			
① _____				2. _____			
② _____				3. _____			
ORDERS WILL BE: <input type="checkbox"/> FAXED				4. _____			
<input type="checkbox"/> SENT WITH PATIENT				LOCATION: <input type="checkbox"/> OUTPATIENT SURGERY <input type="checkbox"/> AM UNIT <input type="checkbox"/> MAIN ADMITTING (NON-SURGICAL)			
PATIENT'S NAME (LAST, FIRST, MIDDLE INITIAL)					SOCIAL SECURITY NUMBER:		
PATIENT'S DATE OF BIRTH:	AGE:	SEX:	PATIENT'S HOME PHONE:		PATIENT'S WORK PHONE:		
IF MINOR CHILD, PARENT OR GUARDIAN CONTACT NAME:					PARENT/GUARDIAN PHONE NUMBER:		
INSURANCE: <input type="checkbox"/> MEDICARE <input type="checkbox"/> MEDI-CAL <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> WORKER'S COMP <input type="checkbox"/> CHAMPUS <input type="checkbox"/> OTHER: _____							
PRIMARY CARE PHYSICIAN:				MEDICAL GROUP / IPA:			
INSURANCE NAME:							
INSURED'S SOCIAL SECURITY NUMBER:		INSURED'S MEDICARE NUMBER:			INSURED'S MEDI-CAL NUMBER:		
CERTIFICATE # / GROUP #:		AUTHORIZATION NUMBER:			DATE RECEIVED:		

COMMENTS:

**DISPOSICIONES SOBRE LAS OBLIGACIONES FINANCIERAS DEL PACIENTE**  
**Y**  
**FORMULARIO DE PRE ADMISION**

Estimado Paciente:

**¡BIENVENIDO!** Su médico lo ha referido a Long Beach Memorial Medical Center para su atención médica. Nuestro objetivo es ofrecerle un ambiente amable y cordial, en donde podamos hacer realidad su necesidad de sentirse cómodo y de saber que nos interesamos por usted. **Es necesario que vaya al hospital para su pre admisión de uno a 10 días antes de la fecha de su ingreso/cirugía para completar las pruebas necesarias que su médico ha ordenado, firmar todas las autorizaciones operativas y recibir las instrucciones de las enfermeras.**

**Proceso de pre admisión** ... Para ahorrarle tiempo antes de su entrevista con Admisiones, sírvase completar el formulario de pre admisión adjunto y envíenoslo por correo tan pronto como le sea posible. Asegúrese de marcar en el sobre la clase apropiada de paciente después de haber llenado el formulario de pre admisión, esto acelerará su pre admisión.

**Si el tiempo no le permite enviar el formulario por correo, por favor comuníquese con el Departamento de Pre Admisiones (Preadmission Department) al (562) 933-1360 o envíe el formulario via FAX al (562) 933-1532 para cirugías no relacionadas con maternidad; para casos de maternidad envíe el formulario via FAX al (562) 933-1352 para que nos de la información necesaria. Agradecemos su cooperación.**

**Cirugía:** Este proceso se lleva a cabo en la unidad de enfermería llamada PREP Unit localizada en el Departamento de Cirugía en Long Beach Memorial. Todo paciente que va a tener cirugía debe de comunicarse con la PREP Unit para hacer una cita con la enfermera al teléfono (562) 933-1042 por lo menos una semana antes de su cirugía. Las citas con la enfermera se pueden hacer de Lunes a Viernes 8:00a.m. – 5:30p.m. y los sábados de 8:00a.m. a 12:00p.m. El día de su cita para debe llegar al menos 45 minutos antes de su cita y tiene que ir al Departamento de Admisiones para completar el proceso de admisiones.

**Responsabilidad Financiera** ... Responsabilidad Financiera: Como cortesía, verificaremos y obtendremos autorización para su admisión. Es importante que usted notifique a su seguro médico antes de su admisión. El no hacerlo, podría aumentar los gastos a su cargo. Por favor envíenos copia(s) de su(s) tarjeta(s) de seguro médico, y téngala lista el día de su entrevista.

Si usted va a pagar en efectivo, por favor comuníquese con el Departamento de Admisiones al (562) 933-1360 de Lu a Viernes 8:00 a.m. - 4:30 p.m. para obtener un presupuesto de los costos estimados para su admisión. Este presupuesto debe ser pagado antes de su admisión.

**Hora de ingreso** ... Asegúrese de verificar con el consultorio de su doctor la hora de ingreso al hospital.

**Qué debe traer** ... Traiga lo menos posible. . . Su chequera, su tarjeta MasterCard o Visa si se requiere pago adelantado (responsabilidad financiera, deducibles) y algunos artículos de uso personal.

**Lo que no debe traer** ... Deje los artículos valiosos en casa. El hospital no se hace responsable de artículos valiosos, salvo que hayan sido depositados en la caja fuerte del hospital. No se permiten artículos eléctricos (secadores de cabello, radios, rizador de cabello, almohadilla térmica, cobertor eléctrico) en el hospital.

**Selección de la habitación** ... Tenemos disponible un número limitado de habitaciones privadas, otorgada a petición.

**No se permite fumar en el hospital.**

**La hora de salida** ... es 10:00 a.m. o antes.

**Estacionamiento** ... La entrada principal al estacionamiento está localizada en la Avenida Atlantic. Refiérase al mapa al dorso.

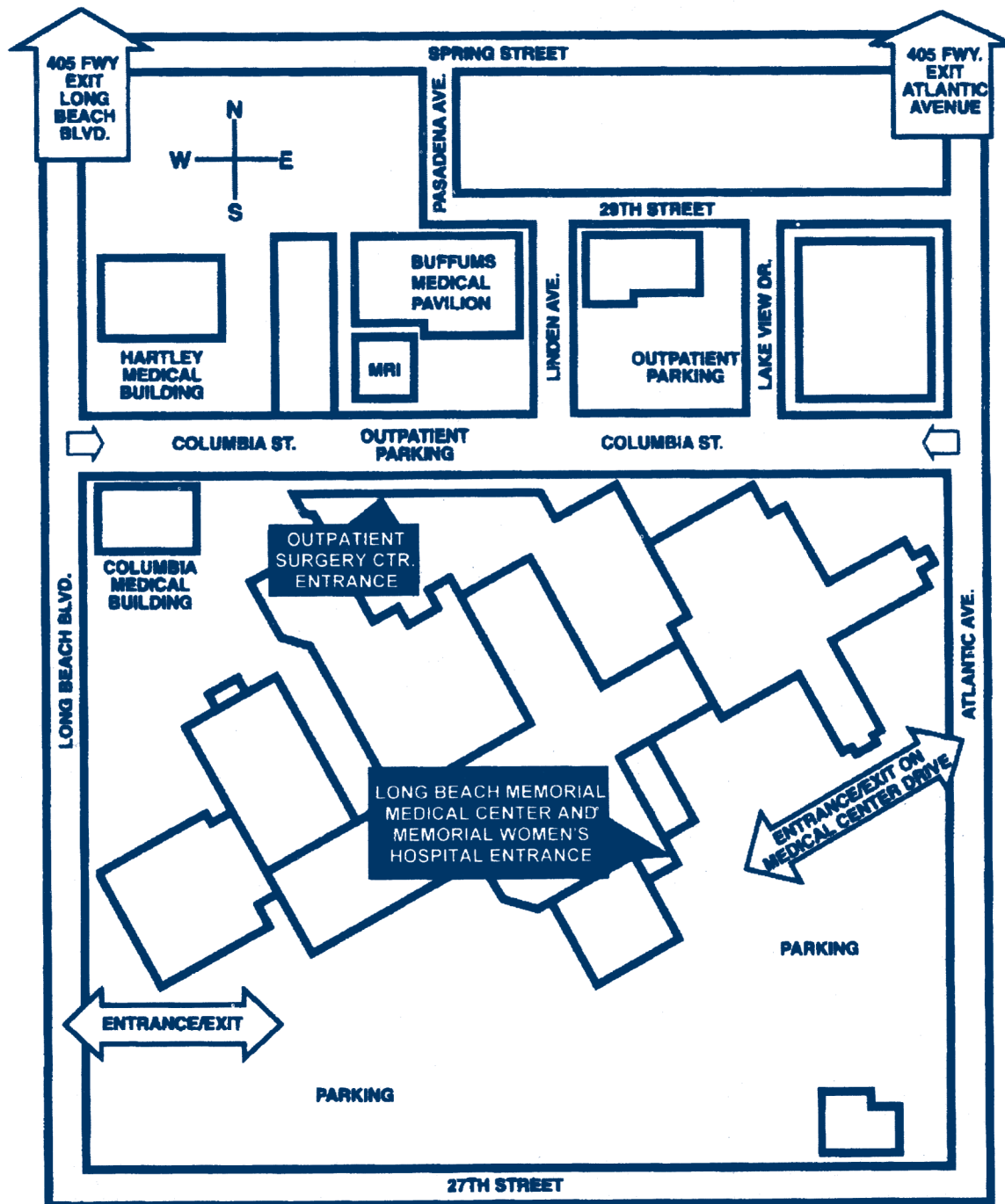
**Horas de visita** ... Las horas de visita en todo el hospital son de las 10:00a.m. a 9:00p.m., con las siguientes excepciones:

Hospital Infantil: Abierto 24 horas al día, todos los días, sólo para los padres. Todas las otras visitas de 10:00 a.m. a 8:00 p.m.

Si tiene alguna pregunta referente a su admisión, sírvase llamar a nuestra oficina de pre admisión al (562) 933-1360, entre las 8:00 a.m. y las 4:00 p.m., de Lunes a Viernes.

Gracias por su cooperación,

Oficina de Admisiones



**DIRECCIONES:**

En el Fwy. 405 tome la salida sur de Atlantic Avenue.

**INFORMACIÓN SOBRE EL ESTACIONAMIENTO:**

- Hay estacionamiento, en número limitado, para los pacientes ambulatorios frente al Outpatient Surgery Unit (Centro Quirúrgico para Pacientes Ambulatorios). En la esquina de la avenida Linden y la calle Columbia hay estacionamiento adicional.
- Si usted va a permanecer en el hospital después de la intervención, diríjase al centro médico que está en Medical Center Drive ingresando por la avenida Atlantic, y estacione en cualquiera de las áreas de estacionamiento para pacientes/visitas.
- Hay servicio de estacionamiento (*valet parking*) en la entrada principal del centro médico y en el centro quirúrgico para pacientes ambulatorios.

**SIRVASE USAR LETRA DE IMPRENTA**

**FORMULARIO DE PRE ADMISION**

<input type="checkbox"/> <b>CIRUGÍA</b> <input type="checkbox"/> <b>OBSTETRICIA</b> <input type="checkbox"/> <b>SERVICIO AMBULATORIA</b>	FECHA ESTIMADA DE ADMISIÓN/SERVICIO _____	PARA MATERNIDAD: FECHA ESTIMADA DEL PARTO: _____ FECHA DE SU ÚLTIMA MENSTRUACIÓN: _____
NOMBRE DEL PACIENTE: (APELLIDO, 1ER NOMBRE, 2DO. NOMBRE)		ALIAS, CONOCIDO ASIMISMO COMO (APELLIDO, 1ER NOMBRE, 2DO. NOMBRE)

DIRECCIÓN DEL PACIENTE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CÓDIGO DE ÁREA	TELÉFONO DE SU CASA
------------------------	--------	--------	---------------	----------------	---------------------

SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	ESTADO CIVIL	RELIGIÓN	RAZA/GRUPO ÉTNICO	¿ALERGIAS/DIABETES? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
------	---------------------	------	-------------------------	--------------	----------	-------------------	--

NOMBRE DEL MÉDICO QUE LO REFIRIÓ	TELÉFONO DEL MÉDICO QUE LO REFIRIÓ	FECHA DEL ACCIDENTE O DE LA APARICIÓN DE LOS SÍNTOMAS
----------------------------------	------------------------------------	---

SI TIENE UN MÉDICO DE CABECERA, SIRVASE COMPLETAR LO SIGUIENTE:

NOMBRE DE SU MÉDICO DE CABECERA:	GRUPO MÉDICO:	CÓDIGO DE ÁREA	NÚMERO DE TELÉFONO
----------------------------------	---------------	----------------	--------------------

**INFORMACION SOBRE EL GARANTE**

GARANTE/RESPONSABLE (APELLIDO, 1ER Y 2DO. NOMBRE)	DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CÓDIGO DE ÁREA	TELÉFONO
---	-----------	--------	--------	---------------	----------------	----------

OCUPACIÓN	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	RELACIÓN CON EL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO
-----------	-------------------------	--------------------------	---------------------	------

EMPLEADOR O PERSONA RESPONSABLE DEL PAGO	DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CÓDIGO DE ÁREA	TELÉFONO
--	-----------	--------	--------	---------------	----------------	----------

**INFORMACION SOBRE LA ASEGURANZA PRIMARIA**

MEDICARE     MEDI-CAL     PPO     POS     HMO     WORKER'S COMP     CHAMPUS     OTRO \_\_\_\_\_

PRIMER ASEGURADOR	CÓDIGO DE ÁREA	TELÉFONO
-------------------	----------------	----------

DIRECCIÓN DEL PRIMER ASEGURADOR	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
---------------------------------	--------	--------	---------------

NOMBRE DEL PRIMER EMPLEADOR DEL ASEGURADO	DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CÓDIGO DE ÁREA	TELÉFONO
---	-----------	--------	--------	---------------	----------------	----------

NOMBRE DE LA PERSONA ASEGURADA (PACIENTE O CÓNYUGE)	1ER ASEGURADOR/NO. DE PÓLIZA	CERTIFICADO O SEGURO SOCIAL NO.	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL PACIENTE
---	------------------------------	---------------------------------	---------------------	--------------------------

**INFORMACION SOBRE LA ASEGURANZA SECUNDARIA**

SEGUNDO ASEGURADOR	CÓDIGO DE ÁREA	TELÉFONO
--------------------	----------------	----------

DIRECCIÓN DEL SEGUNDO ASEGURADOR	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
----------------------------------	--------	--------	---------------

NOMBRE DEL SEGUNDO EMPLEADOR DEL ASEGURADO	DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CÓDIGO DE ÁREA	TELÉFONO
--	-----------	--------	--------	---------------	----------------	----------

NOMBRE DE LA PERSONA ASEGURADA (PACIENTE O CÓNYUGE)	2DO ASEGURADOR/NO. DE PÓLIZA	CERTIFICADO O SEGURO SOCIAL NO.	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL PACIENTE
---	------------------------------	---------------------------------	---------------------	--------------------------

**INFORMACION SOBRE COMPENSACION DE TRABAJADORES/TERCEROS**

¿ES ESTA UNA LESIÓN RELACIONADA CON SU TRABAJO?     SÍ     NO    SI RESPONDIÓ QUE SÍ, COMPLETE LAS LÍNEAS A, B Y C . SI RESPONDIÓ QUE NO, NO COMPLETE ESTA SECCIÓN

A. FECHA DE LA LESIÓN	NO. DE RECLAMO DE COMP. DE TRABAJADORES	NO. DE SEGURO SOCIAL	NOMBRE DEL EXAMINADOR DE RECLAMOS
-----------------------	---	----------------------	-----------------------------------

B. EMPLEADOR EN LA FECHA DE LA LESIÓN	DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CÓDIGO DE ÁREA	TELÉFONO
---------------------------------------	-----------	--------	--------	---------------	----------------	----------

C. NOMBRE DEL ASEGURADOR	DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CÓDIGO DE ÁREA	TELÉFONO
--------------------------	-----------	--------	--------	---------------	----------------	----------

**EN CASO DE EMERGENCIA, DE EL NOMBRE DEL CONYUGE, PADRE, PARIENTE MAS CERCANO O AMIGO**

NOMBRE COMPLETO	RELACIÓN	TELÉFONO DE LA CASA	CÓDIGO DE ÁREA    TELÉFONO DEL TRABAJO
-----------------	----------	---------------------	--

DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
-----------	--------	--------	---------------

**SE LE SOLICITARAN TODAS LAS TARJETAS DE SEGURO CUANDO SE LE ADMITA**

2801 Atlantic Avenue / P.O. Box 1428 / Long Beach, CA 90801-1428 / (562) 933-1335