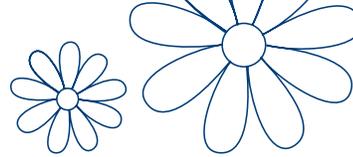


# Maternidad Pre- Admisión Forma



Fecha de parto: \_\_\_\_\_  
Último ciclo menstrual: \_\_\_\_\_

## DATOS DE LA PACIENTE

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_  
Apellido de soltera: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N° de SS: \_\_\_\_\_  
Teléfono de su casa: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Dirección postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Código postal: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_  Tiempo completo  Tiempo parcial  
Médico obstétrico: \_\_\_\_\_ Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_  
Pediatra: \_\_\_\_\_  
 ¿Te gustaría ser un donante de órganos?  Sí  No  
 ¿Se le ha visto en cualquier tipo de Lovelace antes?  Sí  No

## DATOS DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA (ALGUIEN QUE NO VIVA CON USTED)

Nombre: \_\_\_\_\_  
Relación o parentesco: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Datos del cónyuge/padre del bebé  
Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
N° de SS: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## Cónyuge / Información del padre bebé

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
N° de SS: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número de contacto: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## DATOS DEL SEGURO

¿Quiere que se procese la solicitud de su bebé para la cobertura del Programa Medicaid? \_\_\_\_\_

**Compañía del seguro primario:** \_\_\_\_\_ Titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N° de SS: \_\_\_\_\_ Relación o parentesco: \_\_\_\_\_

Nombre grupal: \_\_\_\_\_ Número grupal: \_\_\_\_\_

Número de identificación: \_\_\_\_\_ Dirección de la compañía de seguro: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**Compañía del seguro secundario:** \_\_\_\_\_ Titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N° de SS: \_\_\_\_\_ Relación o parentesco: \_\_\_\_\_

Nombre grupal: \_\_\_\_\_ Número grupal: \_\_\_\_\_

Número de identificación: \_\_\_\_\_ Dirección de la compañía de seguro: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

¿A cuál seguro médico se agregará el recién nacido?  Primario  Secundario  Otro: \_\_\_\_\_

¿Quiere participar en el *National Children's Study* [Estudio Infantil Nacional]?  Sí  No (Solo en el condado de Valencia)

**Se tienen que pagar los copagos, deducibles y coseguros del hospital cuando se le presten los servicios.**

Al firmar a continuación, confirmo que la información que se aporta a Lovelace está correcta y actualizada.

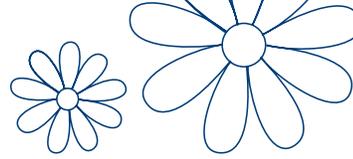
**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



REV 0720

**Lovelace**  
Women's Hospital

# Las expectativas para los pagos



Aquí en Lovelace Women's Hospital nuestra máxima prioridad es prestar servicios excelentes de atención médica a todas nuestras pacientes. A fin de mantener nuestra capacidad de prestar servicios excelentes de atención médica a cada paciente, se aplican las expectativas siguientes a los pagos por los servicios de atención médica que no sean de emergencia y que se reciban en Lovelace Women's Hospital, tanto para las pacientes aseguradas como las que no lo están.

En casos de emergencia, Lovelace proporcionará el tratamiento médico necesario independientemente de la capacidad de pagar de la paciente.

## Pacientes aseguradas

- El deducible, copago y/o todo coseguro que correspondan conforme a su póliza, se tienen que pagar en el momento que se preste el servicio.
  - El deducible es la suma de dinero estipulada que la paciente tiene que pagar antes de que su plan de seguro pague la demanda de seguro.
  - El coseguro es el porcentaje que usted y su plan de seguro pagarán por sus gastos médicos. Una vez que usted haya pagado su deducible, pagará el porcentaje estipulado pendiente de su factura. Por ejemplo, si su plan de seguro es de 70/30, su plan de seguro pagará el 70 por ciento y usted pagará el 30 por ciento de sus facturas médicas después de haber pagado el deducible.
  - El copago es la suma de dinero fija que usted paga cada vez que utiliza su seguro. Los copagos se pagan en cada consulta y, por lo general, son sumas más pequeñas.
- Si tiene programado un servicio o procedimiento médico que no sean de emergencia, tal vez nos pondremos en contacto con usted antes del turno para darle un cálculo de la suma que tendrá que pagar el día de su turno.
- Es importante que sepa que los seguros comerciales no cubren el 100 por ciento de los procedimientos médicos.

## Pacientes no aseguradas

- Se le pedirá que pague en su totalidad los cobros presupuestados en el momento que se preste el servicio.
- Lovelace les ofrece a nuestras pacientes que pagan de su bolsillo un descuento del 70 por ciento por los servicios. Se tiene que pagar dicha suma en el momento que se preste el servicio.
- Le aportamos a las pacientes un cálculo del costo para que puedan tomar una decisión informada antes de proseguir con el servicio o procedimiento solicitado.

## Planes de parto

- Con mucho gusto ofrecemos dos planes de parto especiales a las mujeres embarazadas. Tiene que cumplir los criterios siguientes para ser elegible para dichos planes
  - No tiene seguro médico
  - Su cobertura de seguro médico no cubre los servicios de maternidad pertinentes
  - Se exige que la paciente pague el costo del plan de parto en su totalidad 30 días antes del parto

## Ayuda financiera

- Nuestro asesor financiero está a su disposición para ayudar a las pacientes sin seguro o con seguro insuficiente si les es difícil pagar los servicios. Eso pudiera abarcar un plan de pagos y/o la posibilidad de conseguir ayuda caritativa para las pacientes calificadas y para tipos específicos de consultas. Para conseguir más información llame al 505.727.7829.

## Métodos de pago aceptados

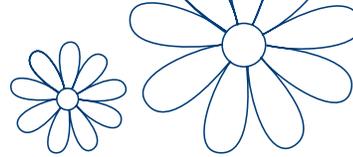
- Efectivo, cheques, tarjetas de débito y de crédito (Visa, MasterCard y American Express)
- No aceptamos *Care Credit*

## Acuerdos de pago

- Si se aprobara un plan de pagos para usted, tendrá que cumplir los términos acordados. Si no cumpliera por no hacer un pago, se considerará que su cuenta está morosa y estará sujeta a otros términos más de cobro.
  - Por eso, se le pudiera prohibir programar turnos con nuestro centro clínico y además se pudiera remitir su cuenta a una agencia externa de cobros. Lo más probable es que dichas acciones impacten su crédito.



# Planes de parto



Aquí en Lovelace Women's Hospital, nos comprometemos a asegurar que su vista sea lo más agradable, en la medida de lo posible. Ofrecemos dos planes de parto para las pacientes que no tienen seguro médico o beneficios de maternidad conforme a su plan de seguro actual.

## Plan de parto vaginal

Requisitos:

- Una estancia de 48 horas (o menos) a partir de la hora de su ingreso. Eso incluye la observación de evaluación médica inicial con fines de priorizar. Se le da de alta, tanto a la mamá como al bebé, al mismo tiempo.
- Parto vaginal sin complicaciones (parto de solo un bebé sin necesidad de intervenciones).
- Eso cubre los cueros, pero no la unidad de medicina neonatal intensiva [NICU por sus siglas en inglés].
- Se exige el pago de \$3,500 en su totalidad, 30 días antes de la fecha de parto **esperada**.
- La anestesia epidural cuesta \$800 más y se exige el pago en su totalidad en el momento que se preste el servicio.

## Plan de parto por cesárea

Requisitos:

- Una estancia de 96 horas después de dar a luz.
- Cubre el parto por cesárea normal, tanto para la mamá como para el bebé.
- Incluye la anestesia.
- Se exige el pago de \$7,300 en su totalidad, 30 días antes de la fecha de parto **esperada**.

Estos planes no incluyen las tarifas que cobran los médicos ni los cobros por parto falso. Dichas tarifas se cobran por separado y se deberá encargarse de ello con el proveedor de atención médica antes del parto.

Estos planes no incluyen las tarifas que se cobran por los servicios que prestan los laboratorios o los proveedores externos de atención médica.

Si surgieran complicaciones, se aplicarán cobros adicionales. Están a su disposición descuentos en los pagos y puede hablar acerca de ello con el asesor financiero antes de darle de alta.

Si no pagara la suma total antes de la fecha de parto **esperada**, la paciente ya no será elegible para el plan y a lo mejor tenga la obligación de pagar la factura detallada en su totalidad.

### Declaración de responsabilidad:

Me han explicado completamente el plan de parto y lo entiendo bien. Si no se cumplieran los criterios que se indican más arriba en los 30 días previos al parto, se anularán los planes elegidos y ya no seré elegible para recibir la tarifa rebajada. Aún tendré la obligación de hacer el pago en su totalidad antes de la dada de alta.

---

Firma de la paciente

Fecha

---

Nombre de la paciente (en letra de molde)

Para iniciar el proceso de pago, llame al asesor financiero al 505.727.7829.

