

STORK EXPRESS REGISTRATION

¡Anticipamos hacer la llegada de su bebé una experiencia memorable!

Este es un tiempo emocionante para usted y lo último que nosotros queremos es que se preocupe por el papeleo que necesita completar cuando esté lista para ser admitida al hospital.

Si usa la registraci3n r1pida Cigüeña Expr3s se puede registrar por anticipado para todo aquello que tenga que ver con servicios obst3tricos, incluso el parto de su beb3.

Una vez que se haya procesado su informaci3n recibir1 un Pase Cigüeña Expr3s para que guarde en su bolsa. Cuando se llegue el tiempo, entregue el pase a "Admitting", ello le pedir1n que firme un formulario "Consentimiento para Tratamiento" y ya lista.

REQUERIMIENTOS

- Por favor complete el formulario de registraci3n, y traigalo a la oficina de admisi3n ubicada en la entrada del hospital Samaritan. Tambien traiga su identificaci3n con foto y su tarjeta de seguro m3dico.
- Si usted envia la registraci3n por correo o fax, por favor incluya una copia de ambos lados de su tarjeta de seguro m3dico y su identificaci3n con foto.
- Se requiere que pague su copago antes de su fecha de parto. Este se puede pagar mediante cheque, dinero en efectivo o tarjeta de cr3dito.
- Si los gastos m3dicos le preocupan podemos facilitar un plan de pagos y proveerle solicitudes para aplicar para programas de DSHS o para servicios no compensados ("Uncompensated Care", en ingles).

¡Gracias por elegir nuestro hospital! Es un gran honor para nosotros ser parte de su experiencia del nacimiento de su bebe. Nuestro centro cuenta con cinco cuartos de labor y parto, diez cuartos para despu3s del parto y nuestra guarder1a. El 2006 iniciamos la suite de ces1rea y recuperaci3n para proveerle cuidado seguro y de alta calidad a usted y su bebe.

Animamos la participaci3n de la familia y apoyamos sus planes para el nacimiento. Anhelamos ser parte de su experiencia memorable del nacimiento de su beb3.

¡Felicitaciones!

Personal de la Unidad Madre/ Beb3
Samaritan Hospital

801 E. Wheeler Road in Moses Lake, Washington
phone: (509) 765-5606 fax: (509) 764-3218

MOTHER BABY UNIT

Las futuras madres y sus familias son bienvenidas a hacer arreglos para una gira de la Unidad Madre/Bebe cuando lo deseen
Por favor llame al (509) 793-9750.

CUIDAD EXCELENTE ES NUESTRA PRIORIDAD

¡Gracias por elegir al hospital Samaritan para el nacimiento de su bebé! Nuestra meta es proveerle atención de la más alta calidad y segura mientras contribuimos a que el nacimiento de su bebé sea una ocasión especial y memorable. Usted desempeña un papel vital en su cuidado al ser un miembro activo e informado de nuestro equipo de cuidado de salud.

- Comparta sus planes y preferencias para el parto con nosotros.
- Haga preguntas si tiene preocupaciones o si se le ha dado información que no entiende.
- Por favor denos información cuando usted reciba los formularios de encuesta al ser dada de alta. Esta información nos ayuda a saber en qué necesitamos mejorar y al mismo tiempo nos deja saber los que ya estamos haciendo bien.

CLASES DE PARTO

Por favor llame al (509) 793-9690 para registrarse para clases de parto. Estas clases se proveen aquí en Samaritan por personal altamente calificado y con experiencia en partos.

SERVICIOS DE ANESTESIA

Proveemos servicios de anestesia las 24 horas del día para epidurales y cesarea.

LA ESTACIA DE SU BEBE EN EL HOSPITAL: ESTE INFORMADO

APGAR: Al nacer su bebé se le evalúa la salud y se le da una calificación, esto se hace otra vez a los cinco minutos después de nacer, se usa un sistema conocido como Apgar, el cual usa una escala del 1 al 10, el 10 siendo una calificación perfecta. La palabra Apgar son las siglas para las palabras en inglés, "Pulse" (pulso), "Activity" (actividad), "Grimace" (mueca, contorción del cuerpo), "Appearance" (apariciencia) y "Respiration", (respiración). Enfermeras registradas evalúan el corazón, la respiración, color y otros factores.

EVALUACIÓN GENÉTICA: El Estado de Washington exige que a todo recién nacido se le haga exámenes para trastornos metabólicos. Esto consiste de tomarle una pequeña cantidad de sangre del talón del bebé antes de ser dado de alta. El Estado de Washington hace un análisis para 10 diferentes trastornos metabólicos.

EVALUACIÓN AUDITIVA: Antes de ser dado de alta hacemos un examen rápido y sin dolor del sistema auditivo. Si su bebé no pasa el examen, le pedimos que regrese en 2 semanas para volver a tomarlo. Esta es únicamente un examen y no es una diagnosis de pérdida auditiva. Si su bebé aun no pasa el examen auditivo después de 2 semanas debería consultar con su médico sobre exámenes diagnósticos auditivos para su bebé.

MEDICAMENTOS QUE RECIBIRA SU BEBE:

- Unguento antibiótico: Poco después del nacimiento de su bebé se le pone un unguento antibiótico en los ojos para combatir cualquier bacteria que estuviera presente en los ojos que pudiera causar ceguera.
- Vitamin K: Poco después de nacer su bebé recibirá una inyección de vitamina K para que la sangre coagule apropiadamente.
- Hepatitis B: Su bebé recibirá su primera vacuna hepatic B mientras esté en el hospital. Trate este asunto de inmunizaciones con su pediatra o la persona encargada de proveer cuidado pediátrico a su bebé.

HOSPITALIDAD DEL HOSPITAL

OVERLOOK CAFE: El Overlook Cafe esta en el primer piso y abierto diario.

JO JO'S JAVA: Abierto Lunes-Viernes, 6:00 a.m. - 2:00 p.m. en el primer piso.

WELL WISHES GIFT SHOP: Abierto Lunes-Viernes y Corrido por voluntarios y todo lo que se recibe beneficia la fundacion del Hospital Samaritan. Tienen una selction de regalos para su bebe, tarjetas, dulces y flores frescas.

HORAS DE VISITA: Si visita después de las 8:30 p.m. por favor entre por la Sala de Emergencia, registre y reciba una tarjeta de identificación con su nombre.



STORK EXPRESS REGISTRATION FORM • SAMARITAN HOSPITAL (509) 765-5606

| | | | | |
|-------------------------|--|-------------------------------|----|----|
| Supuesta fecha de Parto | | ¿Se tiene programada cesaría? | SÍ | NO |
| Médico que Atiende | | Pediatra que Atiende | | |

INFORMACIÓN DE PACIENTE

| | | | | |
|--|--------|--------------------------------|---------------|-------------------------------|
| Nombre legal Completo de la Paciente (Según su licencia de manejar u identificación) | | Fecha de Nacimiento (MM/DD/AA) | | Edad |
| Domocilio | | Ciudad/Estado | Código Postal | Teléfono con Área () |
| | | | | Teléfono Celular con Área () |
| Dirección de Correspondencia si es diferente | | Ciudad/Estado | Código Postal | Estado Civil |
| Correo Electronico | | Correo Electronico Alterno | | Preferencia Religiosa |
| Empleador | Oficio | Dirección del Empleador | | Teléfono del Empleador () |
| ¿Ha sido paciente antes? Sí/No Fecha Aproximada_____ | | Número de Seguro Social | | Médico de Familia |

INFORMACIÓN DEL ESPOSO O DE SU PAREJA

| | | | |
|---|--|-----------------------|-------------------------------|
| Nombre del Esposo o de su Pareja | | Fecha de Nacimiento | Número de Seguro Social |
| Dirección del Esposo o de su Pareja si diferente de la paciente | | Teléfono con Área () | Teléfono Celular con Área () |

NOTIFIQUE EN CASO DE EMERGENCIA

| | | | |
|---|------------|-----------|-----------------------------|
| Notifique en caso de emergencia (persona a contactar) | Parentesco | Dirección | Teléfono/Número Celular () |
| Pariente Más Allegado (persona a contactar) | Parentesco | Dirección | Teléfono/Número Celular () |

INFORMACIÓN SOBRE SEGURO MÉDICO

Si está enviando este formulario por fax o correo por favor incluya una fotocopia de ambos lados de su tarjeta(s) de seguro medico y de su identificación. Si necesita ayuda con este formulario llame a la Oficina de Admisión al (509) 765-5606.

| | | | |
|--------------------------|----------------------------------|---|---|
| Seguro de Salud Primario | Nombre del Subscriptor | Grupo Teniente de la Póliza (Empleador) | Que parentesco tiene la paciente con el subscriptor |
| | Nombre de Compañía de Seguro | Dirección | |
| | Clase de Póliza Grupo/Individual | Numero de Póliza | Numero de Grupo |

| | | | |
|----------------------------|----------------------------------|---|---|
| Seguro de Salud Secundario | Nombre del Subscriptor | Grupo Teniente de la Póliza (Empleador) | Que parentesco tiene la paciente con el subscriptor |
| | Nombre de Compañía de Seguro | Dirección | |
| | Clase de Póliza Grupo/Individual | Numero de Póliza | Numero de Grupo |

| | | | |
|----------|---|--------------------------|---|
| Medicaid | Nombre como se encuentra en su tarjeta "Medicaid" | Número de Identificación | Fecha efectiva para cubrimiento de maternidad |
|----------|---|--------------------------|---|

OTRO INFORMACIÓN

| | | | | | | | | | |
|--|---------------------------------|----|----|-----------------------------------|----|----|----------------------------|----|----|
| Cuando usted este internada en el hospital, si alguien llama viene a visitor, ¿podemos decir que está? | | | SÍ | NO | | | | | |
| ¿Tiene?: | Documento de últimas voluntades | SÍ | NO | Carta Poder para cuidado de salud | SÍ | NO | Tarjeta Donante de Organos | SÍ | NO |