

Pre-Registration Form

Please complete this pre-registration form, attach copies of insurance cards, then mail or fax to:

Central Insurance Verification Department, Fax 239-424-4049

Cape Coral Hospital, 636 Del Prado Boulevard, Cape Coral, Florida 33990

Full Legal Name		Last	First	Middle			
Legal Home Address		Street	City	State	Zip Code		
Home Telephone	Social Security #		Birthdate		<input type="checkbox"/> Married	<input type="checkbox"/> Divorced	<input type="checkbox"/> Single
Cell					<input type="checkbox"/> Legally Separated	<input type="checkbox"/> Widowed	
Email Address:							
Employment Status					Employer's Name		
<input type="checkbox"/> Employed Full Time <input type="checkbox"/> Self Employed <input type="checkbox"/> Active Military <input type="checkbox"/> Employed Part Time <input type="checkbox"/> Not Employed <input type="checkbox"/> Retired, Retirement Date: _____							
Employer's Address		Street Address	City	State	Zip Code	County	Phone
Race: <input type="checkbox"/> Caucasian <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> African <input type="checkbox"/> Other							
Language Preference:				Religion:			

If patient is under 18, Please provide responsible party information

Full Legal Name		Last	First	Middle			
Home Address		Street	City	State	Zip Code	County	
Telephone	Social Security #		Birthdate		Relationship to patient:		
Employment Status					Employer's Name		
<input type="checkbox"/> Employed Full Time <input type="checkbox"/> Self Employed <input type="checkbox"/> Active Military <input type="checkbox"/> Employed Part Time <input type="checkbox"/> Not Employed							
Employer's Address		Street Address	City	State	Zip Code	County	Phone

Emergency Contact

Full Name		Last	First	Middle	Relationship to Patient		Cell Phone
Home		Street	City	State	Zip Code	Home Phone	Work Phone
Full Name		Last	First	Middle	Relationship to Patient		Cell Phone
Home		Street	City	State	Zip Code	Home Phone	Work Phone

Insurance Information – Please List All Health Policies

<input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> PPO	<input type="checkbox"/> Group <input type="checkbox"/> Individual	Insurance Company	Policy Number	Group Number
Insurance One	Policy Holder's Name			Group Name
	Effective Date		Insurance Company Phone	Pre-Certification Phone
	Insurance Address	Street	City	State Zip Code
<input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> PPO	<input type="checkbox"/> Group <input type="checkbox"/> Individual	Insurance Company	Policy Number	Group Number
Insurance Two	Policy Holder's Name			Group Name
	Effective Date		Insurance Company Phone	Pre-Certification Phone
	Insurance Address	Street	City	State Zip Code

Procedure: _____ Compliant/Diagnosis: _____
 Ordering Physician: _____ PCP: _____
 Has Service been Scheduled? Yes No Date Scheduled: _____ Location Scheduled: _____
 Do you wish visitors and phone calls? Yes No

Formulario de Pre-Inscripción

Por favor llene este formulario de pre-inscripción, anexe copias de las tarjetas de su seguro médico, y envíelo por correo o por fax a:

Central Insurance Verification Department, Fax 239-424-4049
Cape Coral Hospital, 636 Del Prado Boulevard, Cape Coral, Florida 33990

Nombre legal completo		Apellido		Primer nombre		Segundo nombre					
Dirección de su domicilio legal		Número y calle		Ciudad		Estado		Código postal			
Teléfono de la casa		Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento		<input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a)					
Celular						<input type="checkbox"/> Separado(a) legalmente <input type="checkbox"/> Viudo(a)					
Email Address:											
Situación de empleo <input type="checkbox"/> Empleado(a) tiempo completo <input type="checkbox"/> Trabajo por cuenta propia <input type="checkbox"/> Activo(a) en el Servicio Militar <input type="checkbox"/> Empleado(a) medio tiempo <input type="checkbox"/> No estoy empleado(a) <input type="checkbox"/> Retirado(a), Fecha de retiro: _____						Nombre de su lugar de empleo					
Dirección de su lugar de empleo		Número y calle		Ciudad		Estado		Código postal		Condado	Teléfono
Raza: <input type="checkbox"/> Caucásica <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Africana <input type="checkbox"/> Otra				Idioma preferido: _____				Religión: _____			

Si el paciente es menor de 18 años, por favor proporcione la información de la persona responsable

Nombre legal completo		Apellido		Primer nombre		Segundo nombre					
Dirección de su domicilio legal		Número y calle		Ciudad		Estado		Código postal			
Teléfono de la casa		Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento		Relación con el paciente:					
Situación de empleo: <input type="checkbox"/> Empleado(a) tiempo completo <input type="checkbox"/> Trabajo por cuenta propia <input type="checkbox"/> Activo(a) en el Servicio Militar <input type="checkbox"/> Empleado(a) medio tiempo <input type="checkbox"/> No estoy empleado(a)						Nombre de su lugar de empleo					
Dirección de su lugar de empleo		Número y calle		Ciudad		Estado		Código postal		Condado	Teléfono

Contacto de emergencia

Nombre legal completo		Apellido		Primer nombre		Segundo nombre		Relación con el paciente:		Celular		
Dirección de su domicilio legal		Número y calle		Ciudad		Estado		Código postal		Teléfono de la casa		Work Phone
Nombre legal completo		Apellido		Primer nombre		Segundo nombre		Relación con el paciente:		Celular		
Dirección de su domicilio legal		Número y calle		Ciudad		Estado		Código postal		Teléfono de la casa		Work Phone

Información del seguro - Por favor indique todas las pólizas de seguro médico

<input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> PPO	<input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Individual	Compañía de seguros			Número de póliza			Número de grupo			
Seguro Uno	Nombre del titular de la póliza						Grupo Fecha				
	Fecha de entrada en vigencia				Teléfono de la compañía de seguros			Teléfono para la pre-certificación			
	Dirección del seguro		Número y calle		Ciudad		Estado		Código postal		
ISeguro Dos	<input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> PPO	<input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Individual	Compañía de seguros			Número de póliza			Número de grupo		
	Nombre del titular de la póliza						Group Name				
	Fecha de entrada en vigencia				Teléfono de la compañía de seguros			Teléfono para la pre-certificación			
Dirección del seguro		Número y calle		Ciudad		Estado		Código postal			

Procedimiento: _____ Dolencia/Diagnóstico: _____
 Médico que hace la solicitud: _____ Proveedor de Cuidado Primario (PCP): _____
 ¿Se ha programado el servicio? Sí No Fecha programada: _____ Localidad programada: _____
 ¿Desea recibir visitas y llamadas telefónicas? Sí No