



## Formulário prévio à internação na maternidade

**Agradecemos por tomar a decisão de realizar o seu parto em uma instalação da Nuvance Health. Apreciamos a oportunidade de compartilhar esse momento especial com você e a sua família.**

Encaminhe o “Formulário prévio à internação na maternidade” preenchido e os documentos indicados a seguir à instalação hospitalar correspondente. Não deixe nenhuma seção do formulário em branco. Se uma seção não for aplicável, escreva “N/A” no campo correspondente.

- Cópia da frente e verso do cartão ou cartões de seguro
- Cópia do documento de identificação com foto

**Encaminhe para: Hospital onde o parto deve ocorrer.**

**Danbury Hospital, Nuvance Financial Clearance, 100 Reserve Rd Danbury, CT 06810**

**Norwalk Hospital, Nuvance Financial Clearance, 100 Reserve Rd Danbury, CT 06810**

Instruções para o envio do formulário por e-mail: O formulário preenchido deve ser salvo no seu computador e enviado como anexo em uma mensagem de e-mail para: [Maternity.PreRegistration@nuvancehealth.org](mailto:Maternity.PreRegistration@nuvancehealth.org)

Se você preferir enviar o formulário por **fax**, envie-o para **(203) 739-8810**. **Em caso de dúvida, ligue para (203) 739-7714.**

**Seguros participantes:** Veja no site da Nuvance Health ([www.nuvancehealth.org](http://www.nuvancehealth.org)) uma lista dos seguros dos quais cada hospital participa.

**Médicos e afiliados baseados no hospital:** Embora o hospital que você tenha escolhido para o parto possa aceitar o seu seguro, alguns médicos e serviços afiliados baseados no hospital podem não aceitar o mesmo seguro. Incentivamos que você verifique com a sua seguradora para saber se os mesmos são participantes. Observe que médicos e afiliados baseados no hospital emitirão faturas separadas do hospital escolhido para o parto.

**Sabemos que você tem opções para o atendimento de saúde. Agradecemos a escolha pela Nuvance Health!**

Sobrenome		Primeiro nome		Segundo nome		Sobrenome de solteira		Nome preferido	
Endereço (incluindo cidade, estado e código postal)									
Nome de solteira da mãe				Telefone residencial - Método preferido de contato? Sim ou Não			Celular - Método preferido de contato? Sim ou Não		
Preferência religiosa/templo religioso			Idade	Data de nascimento		Local de nascimento		Raça	Etnia
Estado civil: <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Solteira <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/> Legalmente separada			Idioma primário			Necessidade de intérprete?			
			Nome do(a) médico(a) de atendimento primário:			Nome do(a) obstetra ou grupo:			
Nome do(a) pediatra ou grupo:			Local do parto:			<input type="checkbox"/> Vassar Brothers Medical Center <input type="checkbox"/> Danbury Hospital <input type="checkbox"/> Putnam Hospital <input type="checkbox"/> Norwalk Hospital <input type="checkbox"/> Northern Dutchess Hospital			
Data da última menstruação		Data esperada do parto		Tipo de parto esperado <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Cesárea					
Empregador da paciente			Situação empregatícia? <input type="checkbox"/> Período integral <input type="checkbox"/> Meio período <input type="checkbox"/> Desempregada			Telefone do empregador			
Nome do cônjuge		Data de nascimento do cônjuge		Empregador do cônjuge		Situação empregatícia? <input type="checkbox"/> Período integral <input type="checkbox"/> Meio período <input type="checkbox"/> Desempregado			
Nome do(a) porta-voz para informações de saúde protegidas/parente mais próximo(a) legal					Parentesco		Telefone		
Endereço (incluindo cidade, estado e código postal)									
Nome do contato de emergência					Parentesco		Telefone		
Deseja aparecer no diretório de pacientes? Isso permitirá o recebimento de ligações telefônicas, visitantes e flores. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			Deseja inscrever-se no portal de pacientes? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Escolha uma senha com 4 algarismos ____ ____ ____ ____ Qual é o seu endereço de e-mail?						
MEDICARE: NOME EXATAMENTE COMO APARECE NO CARTÃO			Data da deficiência		Data da aposentadoria		Número de identificação		
MEDICAID: NOME EXATAMENTE COMO APARECE NO CARTÃO			Estado ou condado			Número de identificação			
Nome da seguradora primária			O bebê terá cobertura de um seguro diferente do que a mãe? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			Nome do seguro do bebê?			
Endereço da seguradora primária (rua, caixa postal, estado, código postal)									
Número de telefone	Número de identificação da apólice		Nome do(a) titular			Nome do plano de grupo/empregador ou sindicato local			
Nome da seguradora secundária									
Endereço da seguradora secundária (rua, caixa postal, estado, código postal)									
Número de telefone	Número de identificação da apólice		Nome do(a) titular			Nome do plano de grupo/empregador ou sindicato local			