

Descargo de responsabilidad sobre la seguridad de los correos electrónicos:

Los registros médicos pueden contener información médica confidencial. Siempre debe asegurarse de tratar la información de su registro médico como trataría su información bancaria y de compartirla de manera inteligente solo con fuentes confiables, así como de tener cuidado de proteger su confidencialidad. Es importante saber y comprender que enviar sus registros médicos y otras comunicaciones por correo electrónico no es seguro. Aunque la probabilidad puede ser baja, usted debe comprender que existe la posibilidad de que la información médica que incluya o adjunte a un correo electrónico puede ser interceptada, leída, accedida o revelada por otra persona que no sea el destinatario previsto de su correo electrónico. Esto se debe a que el correo electrónico y cualquier archivo adjunto que usted decida enviar a través de este portal no están encriptados y se basan en el hecho de que los correos electrónicos, incluso con encriptación, pueden ser “hackeados”, interceptados o infringidos por otros. Si le preocupa la seguridad y la privacidad de su información médica, debe utilizar un medio alternativo para transmitir su información médica.

Al hacer clic aquí, reconozco y entiendo este descargo de responsabilidad.

- Alternativamente, si no desea enviar su información por correo electrónico, puede enviarla por correo postal o en persona a:

Torrance Memorial Medical Center
Attn: Admitting/Patient Access Department
3330 Lomita Blvd
Torrance, CA 90505

- Por favor, llene el formulario de preinscripción para su entrega y envíelo a:
PreRegistrationForm@tmmc.com.
- Una vez que haya enviado el formulario, espere 48 horas para recibir una llamada del personal de Torrance Memorial para coordinar cualquier seguimiento adicional si es necesario.

FORMULARIO DE PREINSCRIPCIÓN

Devolver a:
 Correo electrónico:
 PreRegistrationForm@tmmc.com
 Correo postal/en persona:
 3330 Lomita Blvd.
 Torrance, CA 90505
 (310) 517-4754

INFORMACIÓN PACIENTE

APPELIDO DEL PACIENTE		NOMBRE		INICIAL SEGUNDO NOMBRE		SEXO		M	F
NÚM. DE SEGURO SOCIAL						FECHA DE NACIMIENTO			
HORA DE LLEGADA		HORA DE LLEGADA		DEPARTAMENTO VISITADO					
MÉDICO DE ADMISION			DIAGNÓSTICO						
FECHA DE LA CIRUGÍA									
DIRECCIÓN PERMANENTE			CIUDAD		ESTADO		CÓDIGO POSTAL		
DIRECCIÓN LOCAL (SI DISTINTA A LA ANTERIOR)			CIUDAD		ESTADO		CÓDIGO POSTAL		
TELÉFONO PERMANENTE ()				TELÉFONO LOCAL ()					
NOMBRE DEL EMPLEADOR			DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR						
TELÉFONO DEL EMPLEADOR ()			OCUPACIÓN						
PERSONA PARA NOTIFICAR EN CASO DE EMERGENCIA						RELACIÓN			
DIRECCIÓN						TELÉFONO ()			
FECHA DE LA LESIÓN (EN CASO DE ACCIDENTE)		HORA		LUGAR		RELACIONADA CON EL TRABAJO		SÍ	NO
FECHA DE NACIMIENTO DEL PADRE SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS		MADRE:		PADRE:					

INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE (SUSCRIPTOR DE SEGURO DE SALUD PRIMARIO)

RELACIÓN DEL SUSCRIPTOR CON EL PACIENTE		<input type="checkbox"/> YO MISMO:		<input type="checkbox"/> OTRA (describa)							
APPELIDO DEL SUSCRIPTOR		NOMBRE		INICIAL SEGUNDO NOMBRE							
DIRECCIÓN DEL SUSCRIPTOR			CIUDAD		ESTADO		CÓDIGO POSTAL				
TELÉFONO DEL SUSCRIPTOR ()				NÚM DE SEGURO SOCIAL		FECHA DE NACIMIENTO					
NOMBRE DEL EMPLEADOR				OCUPACIÓN							
DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR				TELÉFONO DEL EMPLEADOR ()							
COMPAÑÍA DE SEGURO PRIMARIO			NÚMERO DE PÓLIZA			NÚMERO DE GRUPO					
NÚM DE TELEFONO ()			AUTORIZACIÓN (SI SE NECESITA)								
COMPAÑÍA DE SEGURO SECUNDARIO			NÚMERO DE POLIZA			NÚMERO DE GRUPO					
APPELIDO DEL SUSCRIPTOR		NOMBRE		INICIAL SEGUNDO NOMBRE							
DIRECCIÓN DEL SUSCRIPTOR											
RELACIÓN DEL SUSCRIPTOR CON EL PACIENTE		<input type="checkbox"/> YO MISMO		<input type="checkbox"/> OTRA (describa)						FECHA DE NACIMIENTO	
EMPLEADOR DEL SUSCRIPTOR			DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR								
TELÉFONO DEL EMPLEADOR ()			OCUPACIÓN DEL SUSCRIPTOR								

INFORMACIÓN MISCELÁNEA

RAZA		ORÍGEN ÉTNICO		IDIOMA DE PREFERENCIA		RELIGIÓN			
SI ESTA EMBARAZADA		PRIMER DÍA DEL ÚLTIMO PERIODO MENSTRUAL		PEDIATRA		ESTADO CIVIL			
FECHA DE PARTO									
MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA OTRO MÉDICO (SÍ CORRESPONDE)									

LISTA DE VERIFICACIÓN

- TRAER FORMULARIOS DE SEGURO (LLENADOS Y FIRMADOS)
- TRAER LAS TARJETAS DEL SEGURO
- TRAER EL DEPÓSITO O DEDUCIBLE
- DEJAR OBJETOS DE VALOR EN CASA (TRAER SOLO UN POCO DE EFECTIVO)