



Stony Brook Southampton Hospital

The Kathleen D. Allen Maternity Center

Estimada Futura Madre,

Por parte del Kathleen D. Allen Maternity Center nos complace darle la enhorabuena y decirle que nos alegramos de antemano de hacer un papel durante esta temporada de su vida tan importante y de tanta ilusión.

Además quisiera invitarle personalmente a visitar a nuestro Centro de Maternidad para que tenga la oportunidad de ver nuestras salas de parto hermosas y cómodas y nuestra sala de cuneros de última generación. Tendrá además la oportunidad de conocer a nuestro personal de enfermería de mucha formación y experiencia, y de hacerles preguntas que pueda tener sobre el nacimiento de su bebé y lo que puede esperar. Favor de llamar al (631) 726-8630 para pedir hora.

Favor de notar la siguiente información importante ...

Calendario y Descripción de Programas de Educación Materna – le serán útiles nuestros programas y le animamos a aprovechar de esta oportunidad de mejor prepararse para la llegada de su bebé. Para inscribirse en algunas clases, favor de llamar al (631) 726-8630 y dejar un mensaje. Un miembro del personal del Centro de Maternidad le devolverá la llamada.

Favor de rellenar los formularios adjuntos para el 7º mes de su embarazo para que su admisión al Hospital sea tan fácil como posible.

Pre-registración – antes de su fecha anticipada de aliviarse, favor de visitar la Oficina de Admisión, ubicada junto al lado de la sala de la entrada principal del Hospital. Traiga consigo los formularios rellenos, tanto como su(s) tarjeta(s) y número(s) de póliza(s) de seguro médico, desde que esto ayudará mucho el proceso de hacer su reclamación del seguro. En ese momento además firmará su expediente y el de su bebé. Si tiene preguntas sobre su pre-registración, favor de llamar a la Oficina de Admisión al (631) 726-8630 y tendrán mucho gusto en atenderle.

No dejes de llamarme al (631) 726-8630 si necesita más ayuda o tiene preguntas sobre el Kathleen D. Allen Maternity Center.

Atentamente,

Sincerely,

Linda C. DeZubiria, BSN, RN

Nurse Manager, Obstetrics



Stony Brook Southampton Hospital

The Kathleen D. Allen Maternity Center

Estimados Futuros Padres,

El personal del Kathleen D. Allen Maternity Center espera con mucha ilusión la oportunidad de dar la bienvenida a ustedes y a su bebé. Damos máxima prioridad a la seguridad de las madres y sus bebés y quisiéramos informarles sobre una vacuna importante contra pertussis o tos ferina, como se llama comúnmente.

El Gobernador de Estado de New York, Andrew Cuomo, ha firmado una ley que requiere que todos los hospitales con sala de cuneros ofrezcan y faciliten la inmunización contra tos ferina a los padres y cuidadores de todos recién nacidos recibiendo cuidado en el hospital después de su nacimiento. La tos ferina es una enfermedad infecciosa aguda. Se comunica fácilmente y los recién nacidos corren alto riesgo. Afortunadamente, es una enfermedad evitable por vacunación, y al ofrecer la vacuna a los padres y cuidadores, proveeremos protección a los bebés vulnerables.

Ofreceremos la vacuna, llamada Tdap, a los madres después del nacimiento del bebé. Si tiene usted pareja u otras personas que van a cuidar a su bebé y ellos quieren la vacuna, arreglaremos su vacunación en el Hospital. Algunos médicos primarios puedan además ofrecer la vacuna Tdap en sus despachos. Favor de contactar con su médico si usted quiere recibir la vacuna en el despacho de su médico en vez de en el Hospital.

Le importa a usted y a su recién nacido recibir protección contra esta enfermedad. Si tiene preguntas o preocupaciones, por favor no deje de contactarme al (631) 726-8630.

Atentamente,

Linda C. DeZuberia, BSN, RN

Nurse Manager, Obstetrics



(Favor de rellenar este formulario y enviarlo por correo al Hospital de Stony Brook Southampton o entregarlo al Oficina de Acceso de Pacientes contiguo al vestíbulo principal.)

NOMBRE _____ EDAD _____ FECHA DE NACIMIENTO (MES/DÍA/AÑO) _____

DIRECCIÓN _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

DIRECCIÓN DE CORREO _____
Calle O Apartado Postal Ciudad Estado Código Postal

TELÉFONO () _____ DIRECCIÓN DE EMAIL _____

LUGAR DE NACIMIENTO _____ RELIGIÓN _____

TRABAJO _____ NOMBRE DEL PATRÓN _____

DIRECCIÓN _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

ALLERGIAS (ALIMENTOS) _____ (MEDICINAS) _____

AFECCIONES MÉDICAS _____

PERSONA A CONTACTAR LOCALMENTE _____ RELACIÓN _____ TELÉFONO () _____

SOLTERA CASADA VIUDA SEPARADA DIVORCIADA

NOMBRE DEL ESPOSO/PAREJA _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

NOMBRE DE SOLTERA DE LA MADRE DE LA PACIENTE _____

NOMBRE DEL PADRE DE LA PACIENTE _____

NOMBRE DEL OBSTRETRICIO/GRUPO _____

¿HA ESTADO ALGUNA VEZ PACIENTE EN EL HOSPITAL DE STONY BROOK SOUTHAMPTON? SI NO

FECHA APROX. _____ NOMBRE DEL MÉDICO _____

FECHA ANTICIPADA DE ALIVIARSE (MES/DÍA/AÑO) _____

APELLIDO DEL/DE LA BEBÉ _____ PEDIATRA O MÉDICO DEL/DE LA BEBÉ _____

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO: FAVOR DE ADJUNTAR A ESTE FORMULARIO UNA COPIA DE SU/SUS TARJETA(S) DE SEGURO (AMBAS CARAS).

SEGURO PRIMARIO _____ N° DE PÓLIZA _____ N° DE GRUPO _____

NOMBRE DEL TITULAR DEL CONTRATO DE SEGURO _____ RELACIÓN A LA PACIENTE _____

NOMBRE DEL PATRÓN DEL TITULAR DEL CONTRATO DE SEGURO _____ TELÉFONO () _____

SEGURO SECUNDARIO _____ N° DE PÓLIZA _____ N° DE GRUPO _____

NOMBRE DEL TITULAR DEL CONTRATO SECUNDARIO DE SEGURO _____

NOMBRE DEL PATRÓN DEL TITULAR DEL CONTRATO SECUNDARIO DE SEGURO _____

TELÉFONO () _____

¿SE LE HA INFORMADO AL PROVEEDOR DEL SEGURO? SI NO N° DE AUTORIZACIÓN _____

N° DE TARJETA DE MEDICAID DE LA PACIENTE _____ N° DE TARJETA DEL/DE LA BEBÉ _____

N° DE SEGURO SOCIAL DE LA PACIENTE _____ N° DE SEGURO SOCIAL DEL ESPOSO/PAREJA _____



Después del nacimiento de su bebé en el Hospital Stony Brook Southampton, el cuidado médico de éste en la Sala de Cuneros será bajo la supervisión de los médicos que constan en la lista abajo. Solamente los médicos de esta lista pueden proveer cuidado médico a su bebé mientras está en la sala de cuneros. El médico de guardia estará a cargo del cuidado médico de su bebe. Sin embargo, cuando su bebé sale del Hospital, usted puede llevarlo a cualquier médico que desee.

Puede elegir uno de los médicos de la lista antes de dar a luz. **CONTACE CON SU PROVEEDOR DE SEGURO PARA SABER SI SU PÓLIZA DE SEGURO CUBRE EL MÉDICO QUE HAYA ELEGIDO.** Llame antes del parto a la oficina del médico para pedir una cita y conversar acerca de posibles preguntas que pueda usted tener sobre el amamantar, alimentar por biberón, o cómo cuidar en general al bebé.

Para el 7 ° mes de su embarazo, 1) marque con [marca de verificación] el cuadro al lado del nombre que haya seleccionado, 2) escribe el nombre del médico en el formulario de Registro de Preadmisión en la línea "Pediatra o Médico del Bebé" y envíe este formulario de Registro de Preadmisión y el formulario de Maternidad al Hospital Stony Brook Southampton en el Sobre de porte prepago adjunto.

Pediatras

HAMPTON PEDIATRICS

444 North Sea Road
Southampton, NY 11968
(631) 283-4843

Nadia Persheff, MD

EAST END PEDIATRICS

200 Pantigo Road, Suite E
East Hampton, NY 11937
(631) 324-8030

Gail Schonfeld, MD
 David Lado, MD
 Antony Perry, MD

SOUTHAMPTON PEDIATRICS

325 Meeting House Lane, Suite B
Southampton, NY 11968
(631) 283-7733

Joseph Quinn, MD
 Robert Gottlieb, MD
 Alexandra Halitsky, MD
 Fay Mokhtari, MD

Medicina Familiar

MEETING HOUSE LANE MEDICAL PRACTICE, PC

Elizabeth White-Fricker, DO; Wainscott (631) 537-3765
 Lara A. DeSanti-Siska, MD; Wainscott (631) 537-3765
 Diana Immenhausen, DO; Sag Harbor (631) 725-2112
 Angana Homchaudhuri, DO; Hampton Bays (631) 728-0505

OTRO _____

El médico de preferencia que elegí no está en la lista anterior, por lo tanto entiendo que se me asignará un médico de la lista anterior para que cuide a mi bebé mientras esté en el hospital.

Nombre de la Madre _____ Fecha Anticipada de Aliviarse _____

Dirección Postal _____

Dirección de email _____

Tel () _____ Celular () _____