



New York Primary Care

THE CHABLA FAMILY PRACTICE

Office: 212-568-8400

Fax: 212-927-5719

Make an appointment Today

639 W 185th Street

New York, NY 10033

www.nypcare.com

FORMA PARA NUEVO PACIENTE:

Nombre: _____ Estado Civil: _____

S.S.: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino

Edad: _____ Correo Electrónico (Email): _____

Dirección de Domicilio: _____ APT #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Celular: () _____ Teléfono: () _____

Empleador: _____

Ocupación: _____ Teléfono: () _____

Tiene un Poder de Salud: Si No

FARMACIA DE PREFERENCIA:

Nombre de Farmacia: _____ Teléfono: () _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD:

Nombre de Madre: _____ Fecha De Nacimiento: _____

S.S.: _____

Dirección de Domicilio: _____ APT #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Nombre De Padre: _____ Fecha De Nacimiento: _____

S.S.: _____

Dirección de Domicilio: _____ APT #: _____



New York Primary Care

THE CHABLA FAMILY PRACTICE

Office: 212-568-8400

Fax: 212-927-5719

Make an appointment Today

639 W 185th Street

New York, NY 10033

www.nypcare.com

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

INFORMACION DE SU SEGURO

Nombre de Seguro de Salud Primario: _____

No. de póliza: _____ No. de Grupo: _____

Nombre del asegurado: _____ Relación con el asegurado: _____

Fecha de Nacimiento: _____ S.S. del Asegurado: ____ - ____ - ____

Nombre de Seguro de Salud Secundario: _____

No. de póliza: _____ No. De Grupo: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA:

En Caso de Emergencia Llamara: _____

Teléfono: () _____ Celular: () _____ Relación: _____

Dirección de Domicilio: _____

**Por Favor Presentar Identificación Con Foto y Tarjetas Del Seguro Medico en Este Momento
Gracias por elegirnos como proveedores de salud.**

Yo, el abajo firmante, certifico que la información contenida en este formulario es correcta en mi mejor conocimiento. Además, autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar la solicitud de pago de tratamientos u operaciones. Yo autorizo el pago de beneficios médicos para Los Centro de New York Primary Care Medicine, P.C, el proveedor o proveedores de servicios. Por la presente autorizo al proveedor y cualquiera con el que él pueda designar como su asistente(s), para administrar dichos tratamientos y procedimientos que en su opinión se consideren necesarias. Por la presente acuerdo, independientemente de la cobertura del seguro, que soy responsable de todos los gastos incurridos.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Firma del Responsable del Paciente _____

Nombre del Responsable del Paciente: _____ Fecha _____