

Formulario de registro del paciente

Mount Sinai OBGYN, Ambulatory Care
1176 Fifth Ave, E - Level
New York, NY 10029

Fecha: _____

Información del paciente

Apellido: _____	Primer nombre: _____		
Teléfono de casa (____) _____	Número de celular: (____) _____		
Fecha de nacimiento: ____/____/____	Raza: _____	Origen étnico _____	
Correo electrónico: _____			
Recibir la información médica protegida (PHI) por:	Casa	Celular	Correo electrónico
Número de seguro social: _____ --- _____ --- _____	Estado civil:	Soltera	Casada
Dirección: _____			
(Calle)	(Apto.)	(Ciudad)	(Código postal)
¿Está actualmente empleado(a)? :	Sí	No	
Empleador: _____	Teléfono de empleador: (____) _____		
Dirección de trabajo: _____			
(Calle)	(Ciudad)	(Código postal)	

Información del seguro médico

Seguro primario: _____	Número de póliza: _____	Número de grupo: _____
Seguro secundario _____	Número de póliza: _____	Número de grupo: _____

Contacto de emergencia

Nombre de familiar más cercano: _____	Relación con el paciente: _____		
Dirección: _____			
(Calle)	(Apto.)	(Ciudad)	(Código postal)
Teléfono: (____) _____			
** Si el contacto de emergencia es el mismo que la información del familiar más cercano, marque aquí			
Nombre de contacto de emergencia: _____	Relación con el paciente: _____		
Dirección: _____			
(Calle)	(Apto.)	(Ciudad)	(Código postal)
Teléfono: (____) _____			

ACUSE DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (NOPP)

Al firmar este formulario, certifico que he recibido una copia de este Aviso de Prácticas de Privacidad y por consiguiente, he sido informado de cómo los hospitales e instalaciones enumeradas al principio de este Aviso pueden utilizar y divulgar mi información de salud médica, y de cómo puedo controlar y obtener acceso a esta información.

Firma del paciente: _____ Firma del personal: _____

Fecha: _____