



**THE
BIRTHING
CENTER OF
NEW YORK™**

Chinatown
128 Mott Street
New York, NY 10013
T: (212) 219-2723

Sunset Park
634 59th Street
Brooklyn NY 11220
T: (718) 567-0730

Bay Ridge
6702 3rd Avenue
Brooklyn NY 11220
T: (929) 888-6996

Downtown Brooklyn
81 Willoughby Street
Brooklyn NY 11201
T: (718) 567-0730

Email: info@nybirthingcenter.com | **Website:** nybirthingcenter.com | **Twitter:** @nybirths | **Facebook:** fb.com/nybirthingcenter | **Fax:** (718) 795-4395

門診掛號

名字：		姓：	
社會安全號碼：		電子郵件：	
地址：		市：	州：
郵政編碼：	家庭電話：	工作電話：	移動電話：
出生日期：	種族：	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 單 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 其他
佔用：		公司名：	
緊急聯繫人：		電話：	關係：

藥劑名稱：		地址：	
市：	州：	電話：	

醫師姓名：		地址：	
市：	州：	郵政編碼：	電話：

你有保險嗎？

保險公司名稱：		被保險人名稱：	
保險編號：		被保險人的SSN：	
出生日期：	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	關係到病人的：	<input type="checkbox"/> 自 <input type="checkbox"/> 伴侶 <input type="checkbox"/> 兒童 <input type="checkbox"/> 其他

保險金的分配

我在此授權直接支付的手術/醫療福利紐約的分娩中心，提供服務。我在財政 承擔任何責任餘額不得通過我的保險。本人授權任何關於我的持有者的個人信息發布到我的健康保險公司 及其代理人，以確定這些好處或相關服務應付的利益所需的任何信息。本人授權紐約的分娩中心發布任何醫療或意外的信息，可能對無論是醫學方面是必要的 護理或在經濟利益處理應用

家長/監護人 (正楷)：	關係：
--------------	-----

簽名：	日期：
-----	-----