



**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@newlifewellnessny.com | **Website:** newlifeobgyn.com | **Twitter:** @newlifeobgyn | **Facebook:** fb.com/newlifeobgyn | **Fax:** (718) 795-4395

Registracion del Paciente

Nombre:		Apellido:	
Numero de Seguro Social:		Correo Electronico:	
Direccion:		Ciudad:	Estado:
Codigo Postal:	Telefono Casa:	Telefono Trabajo:	Telefono Mobil:
Fecha de Nacimiento:	Etnicidad:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Otro
Ocupacion:	Nombre de Compañia:		
Contacto de Emergencia:	Telefono:	Relacion:	

Nombre de Farmacia:		Direccion:	
Ciudad:	Estado:	Telefono:	

Nombre de doctor:		Direccion:	
Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:	Telefono:

Usted tiene seguro? Si No

Nombre de compañía de seguro:		Nombre de asegurado:	
# de Identificación de seguro:		Seguro social de asegurado:	
Fecha de nacimiento:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Relacion al paciente:	<input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro

Asignación de Beneficios del Seguro

Por la presente autorizo el pago directo de las prestaciones médicas / quirúrgicas a The Birthing Center of New York, por los servicios prestados. Soy financieramente responsable de cualquier saldo no cubierto por mi seguro. Autorizo al poseedor de mi información divulgar a mi compañía de seguros de salud y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados. Por la presente autorizo a New Life OBGYN divulgar cualquier información médica o incidental que sean necesarios, ya sea para la atención médica o de tramitar las solicitudes de prestaciones económicas.

Padre/Tutor (Escriba Nombre)	Relacion:
------------------------------	-----------

Firma:	Fecha:
--------	--------