



**Mount  
Sinai  
Doctors**

Médico que lo atiende

Fecha de la consulta

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Apellido

Primer nombre

Inicial

Fecha de nacimiento

**¿Cómo se enteró de nosotros?**

Seleccione todas las opciones que correspondan:

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="radio"/> Amigo/Familiar     | <input type="radio"/> Empleador/Compañero de trabajo                   | <input type="radio"/> Folleto                  | <input type="radio"/> City MD                |
| <input type="radio"/> Correo electrónico | <input type="radio"/> Facebook/Twitter/Instagram                       | <input type="radio"/> Google/Bing/Sitio web    | <input type="radio"/> Radio                  |
| <input type="radio"/> Feria de salud     | <input type="radio"/> Compañía de seguros                              | <input type="radio"/> Sitio web de Mount Sinai | <input type="radio"/> Periódico              |
| <input type="radio"/> Postal             | <input type="radio"/> Subterráneo/Autobús/<br>Publicidad en un quiosco | <input type="radio"/> Televisión               | <input type="radio"/> Caminando por la calle |
| <input type="radio"/> Otro               |  |  |  |

Otro

**INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA**

Nombre

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono

Fax

**EN CASO DE EMERGENCIA**

En caso de emergencia, comunicarse con (Nombre)

Relación con el paciente

Dirección  Seleccione si la dirección es la misma que la del paciente

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono del hogar

Teléfono del trabajo

Teléfono móvil

**SEGÚN LA LEY DEL ESTADO DE NUEVA YORK, TODAS LAS RECETAS DEBEN ENVIARSE DE FORMA ELECTRÓNICA A SU FARMACIA. SÍRVASE SUMINISTRAR LA INFORMACIÓN DE SU FARMACIA PREFERIDA.**

**INFORMACIÓN DE LA FARMACIA**

Nombre de la farmacia

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono

Fax