



## Internal Medicine Associate

Médico que lo atiende:	Fecha de la consulta:
------------------------	-----------------------

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido:	Primer nombre:	Inicial del segundo nombre:
-----------	----------------	-----------------------------

### ¿Cómo se enteró de nosotros?

(Marque todas las opciones que correspondan):  Amigo/Familiar  Empleador/Compañero de trabajo  Folleto  City MD  Correo electrónico  ENT  Facebook/Twitter/Instagram  Google/Bing/Sitio web  Radio  Feria de salud  Compañía de seguros  Sitio web de Mount Sinai  Periódico  Postal  Subterráneo/Autobús/Publicidad en un quiosco  Televisión  Caminando por la calle  **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:	
<input type="checkbox"/> Verificar si la dirección es la misma que la del paciente		
Dirección:	Ciudad, estado:	Código postal:
Teléfono del hogar: ( )	Teléfono del trabajo: ( )	Teléfono celular: ( )

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

**BRINDE LA INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA FARMACIA:**

### INFORMACIÓN DE LA FARMACIA

Nombre de la farmacia:		
Dirección:	Ciudad, estado:	Código postal:
Teléfono: ( )	Fax: ( )	