

Forma de Identificación del Paciente

Información de Identificación

Fecha de hoy: ____/____/____

Nombre: (apellido) _____ (nombre) _____ (segundo nombre) _____

Fecha de nacimiento (mes/día/año): ____/____/____

Domicilio: (calle) _____

(ciudad) _____ (estado) ____ (código) _____

Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Nombre de su Madre: _____

Nombre de su Padre: _____

Contacto de emergencia / otra forma para comunicarnos con usted: _____

Alergias: _____

Medicamentos que está tomando actualmente: _____

La WCCC distribuye un boletín por correo electrónico que se trata de temas importantes de la salud y acceso a servicios de salud, escrito y distribuido por los estudiantes de medicina de Weill Cornell. ¿Le gustaría recibir el boletín por correo electrónico? Sí / No

****Favor notar: Todos los servicios proveídos por la WCCC son gratuitos. Sin embargo, como todos los pacientes de la WCCC son registrados en el sistema de NewYork Presbyterian Hospital, de vez en cuando una factura se genera equivocadamente por uno de los pacientes. Si usted recibe una factura, comuníquese con la clínica por teléfono o correo electrónico para que arreglemos la situación. Gracias por su paciencia mientras buscamos una solución permanente a este problema.***