



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

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新生活婦產科手術/醫療福利，提供服務。我對不屬於我的保險資產負責任何經濟責任。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。本人授權新生活婦產科釋放任何醫療或意外信息可能對於任何醫療或財務利益處理應用程序是必要的

家長/監護人(正楷)：	關係：
-------------	-----

簽名：	日期：
-----	-----