

Servicios Globales Para el Paciente Paquete de Admisión

¡Buenos Días!

Muchas gracias por considerar al NewYork-Presbyterian Hospital (NYP) para sus necesidades médicas. A continuación, resumimos los pasos a seguir para gestionar su cita en el **Hospital #1 de Nueva York**:

Presentación de datos

1

Complete y envíe una copia de los siguientes documentos:

- El Formulario** incluido en este paquete
- Pasaporte** del paciente
- Tarjeta del seguro** (frente y dorso)
- Expediente médico** (en inglés) relevantes al diagnóstico, la afección o los síntomas que el paciente esté teniendo

Nuestra revisión

2

Un médico de Weill Cornell Medicine o de Columbia Doctors revisará el caso del paciente y diseñará el plan de tratamiento previsto. Luego generaremos un estimado de costos y/o verificaremos si el seguro del paciente cubrirá el costo del tratamiento.

Su aceptación

3

Nosotros proporcionaremos: a) plan de tratamiento previsto para el paciente, b) estimado de costos y/o verificación de beneficios del seguro. Si el paciente decide acudir a NYP para su atención, requeriremos liquidación financiera y le asignaremos un Coordinador de Pacientes.

Si tiene preguntas, llame al **+1-212-746-9100** o envíe un correo electrónico a globalservices@nyp.org para comunicarse con uno de nuestros representantes.

Gracias,

Servicios Globales Para Pacientes
NewYork-Presbyterian Hospital

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Títular:	Nombre del paciente (como aparece en el pasaporte): <small>Nombre</small>	Apellido de soltera u otro apellido: <small>Apellido</small>	Fecha de nacimiento del paciente: <small>(mes/día/año)</small>
Dirección permanente del paciente:			
Teléfono (código del país y número):		Correo electrónico:	
Otro teléfono (código del país y número):		Autorizo a NewYork-Presbyterian Hospital (NYP) a enviarme mensajes por correo electrónico y a mantenerme informado acerca de las noticias del hospital, los tratamientos innovadores más recientes y consejos de salud: Sí: <input type="checkbox"/>	
Fax (código del país y número):		No: <input type="checkbox"/> ▪ NYP no le dará mi correo electrónico a ningún tercero. ▪ Puedo cancelar mi suscripción en cualquier momento.	
Sexo del paciente:	País de residencia principal:	Nombre de la madre:	
▪ Masculino: <input type="checkbox"/>			
▪ Femenino: <input type="checkbox"/>	Idioma de preferencia:	Nombre del padre:	

INFORMACIÓN DEL CASO

Cuéntenos acerca del tratamiento que solicita el paciente. En la descripción, incluya el diagnóstico, la condición o los síntomas que el paciente está teniendo:

Si usted conoce el nombre del médico que desea que lo atienda, por favor agrégalo aquí:

¿Cómo pagará el paciente el tratamiento médico (seleccione una)?

▪ Seguro internacional:

Favor de anexar copia del carnet del seguro medico internacional (frente y dorso)

▪ Tarjeta de crédito, transferencia bancaria, u otro:

▪ Patrocinador de gobierno extranjero:

Nombre del patrocinador de gobierno:

INFORMACIÓN DE VIAJE

De las siguientes opciones, por favor marque la que se aplique al paciente con respecto a su estado de inmigración en los Estados Unidos de América (EE. UU.):

- Tiene o solicitará una visa de turista de los EE. UU.:
- Tiene un permiso de trabajo de los EE. UU.:
- Tiene residencia permanente o pasaporte estadounidense:

Posibles fechas de viaje:

¿CÓMO NOS CONOCIÓ?

Marque todas las opciones que correspondan y dé una breve descripción:

- Ex paciente:
- Publicidad:
- Agencia, agente de viajes o corredor:
- Evento:
- Familia, amigo u otro paciente:
- Gobierno:
- Compañía de seguros:
- Médico:
- Redes sociales:
- Página Web:
- Otro:

La información declarada anteriormente es verdadera conforme a mi leal saber y entender. Autorizo al tercero responsable del pago de mis gastos médicos a que realice el pago directamente a los proveedores médicos. Entiendo que soy financieramente responsable por cualquier saldo. Además, autorizo a NewYork-Presbyterian Hospital Global Services a divulgar cualquier información requerida para mi atención médica o para procesar mis reclamaciones. Al proporcionar direcciones electrónicas, permito que la correspondencia referente a la atención médica sea transmitida vía correo electrónico.

Firma del paciente/tutor: _____

Fecha:

(mes/día/año)

Si firma el tutor, por favor agregue el nombre y su relación al paciente:

 **NewYork-Presbyterian**

AMAZING
THINGS
ARE
HAPPENING
HERE

 **Gracias**

Correo electrónico: globalservices@nyp.org

Dirección del sitio web: nyp.org/globalservices

Número de teléfono: +1 (212) 746-9100