



纽约市消防局

公共记录部/ACR（救护车呼叫报告）科

9 MetroTech Center

Brooklyn, New York 11201-3857

(718) 999-1998 或 1999



救护车呼叫报告/
医院护理前报告
申请表

A部分

客户信息

请用正楷填写下列所需信息。

姓名 _____

电话号码 _____

地址 _____

州 _____

邮政编码 _____

备注：请确保您填写完毕此表格并附上所有必需的文件。请附上支票或汇票，收款方为：**纽约市消防局**，并随信附上回邮信封（附邮资）。请直接在支票或汇票上写明如上所列的收款人地址及单位。受理申请表时只接受汇票或支票（不得有例外）。**请勿寄现金。**

B部分

患者信息

请仔细阅读以下说明并用正楷填写所需的患者信息。

患者姓名： _____

事件/日期： ____/____/____

事件/时间： ____:____ 上午 下午

事件/地点： _____

事件/区： _____

所送医院： _____

患者是否是未成年人（请只勾选一个方框）？ 是 否

出生日期： ____/____/____

社会安全号码的最后4位数字： _____

如果您有ACR/PCR，请提供ACR/PCR的号码： _____

申请人与患者是什么关系（请只勾选下面一个方框）？

自己/患者 家长/监护人 遗产执行人/管理人 其他 _____

客户 - 请阅读并在下面提交所需项目

- 由患者签发的授权此信息可予发布的原始公证函。
- 如果患者是未成年人，则需要有父母身份或监护权证明。可接受的证据是患者的出生证明或显示托管/监护权的法庭文件的副本。
- 如果患者已去世，则需要有法庭已任命你作为患者遗产的执行人或托理人的证明（遗嘱信函或遗产托管书）。
- 需以支票或汇票的形式为每一份报告支付\$2.25的费用。