



DEPARTAMENTO DE BOMBEROS – CIUDAD DE NUEVA YORK
 Unidad de Registros Públicos/Sección ACR
 9 MetroTech Center
 Brooklyn, New York 11201-3857
 (718) 999-1998 or 1999



Formulario de solicitud de informe
 de pedido de ambulancia/informe
 de atención pre hospitalaria

SECCIÓN A

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Escriba en letra de imprenta la información que se solicita a continuación.

Nombre _____

Número de teléfono _____

Dirección _____

Estado _____

Código postal _____

Nota: Asegúrese de completar este formulario y de adjuntar todos los documentos solicitados. Incluya un cheque o una orden de pago pagaderos al Departamento de Bomberos de la ciudad de Nueva York y un sobre predirigido y franqueado (con franqueo pagado). Los cheques o las órdenes de pago deben enviarse directamente a la dirección y unidad anteriormente mencionadas. Solo se aceptarán cheques u órdenes de pago para Solicitudes (sin excepción). **NO ENVÍE DINERO EN EFECTIVO.**

SECCIÓN B

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Lea las siguientes instrucciones detenidamente y escriba en letra de imprenta la información solicitada del paciente.

Nombre del paciente: _____

Incidente/fecha: ____/____/____

Incidente/hora: _____:_____

a. m. p. m.

Incidente/Lugar: _____

Incidente/Borough: _____

Hospital al que se lo llevó: _____

¿Es el paciente menor de edad (marque solo una opción)?

SÍ NO

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Últimos 4 dígitos del Número del Seguro Social: _____

Si tiene el Informe de solicitud de ambulancia o el informe de atención prehospitalaria , proporcione el número de ACR/PCR: _____

¿Qué relación tiene el solicitante con el paciente (marque solo una de las opciones a continuación)?

Paciente

Padre/tutor

Albacea/administrador del estado

Otro _____

CLIENTE: POR FAVOR LEA Y ENVÍE LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN

- Carta original notariada del paciente en la que autorizada la divulgación de esta información.
- Si el paciente es menor de edad, prueba de estado de custodia o tutela. Una prueba aceptable es una copia del acta de nacimiento del paciente o un documento judicial que certifique la custodia/tutela.
- Si el paciente ha fallecido, prueba de que el juzgado lo designó a usted como albacea o administrador del estado del paciente (certificado de designación de albacea o administrador).
- Pago con cheque u orden de pago por un monto de \$2.25 por informe.