REMISION DE PACIENTES

Complete, guarde y envie por el canal indicado por la clinica.
No envie este formulario por correo electronico o texto sin proteccion.

Clinica receptora

Fecha

Profesional que remite

Consultorio o institucion

Telefono del consultorio

Fax del consultorio

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Telefono del paciente

Idioma preferido

Motivo de remision / evaluacion solicitada

Documentos adjuntos / notas de coordinacion

DOCUMENTOS PARA REVISION

Si existen: notas de las 3 visitas mas recientes de manejo del dolor, estudios de imagen recientes, documentacion relevante mas reciente y lista actual de medicamentos.
La remision no garantiza aceptacion, cita, tratamiento ni receta.
Las visitas son de pago particular. Llame a la clinica para tarifas y disponibilidad.
No use este formulario para emergencias. En caso de emergencia, llame al 911.