

CONTACTOS E INFORMACIÓN DE DOCTORES

Nombre del doctor: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

Email: _____

Mejor manera de comunicarse con él/ ella: _____

Recepcionista: _____

Nombre del/la secretario/a: _____

Nombre del/la enfermero/a: _____

Afiliación al hospital: _____

Fuente del referido: _____

Diagnóstico: _____

Pruebas clínicas: _____

Sugerencia para los próximos pasos: _____

Periodo de tiempo: _____
