

DIARIO DE INTERACCIONES CON EL SEGURO MÉDICO

Fecha/Hora	Nombre del Representante	Teléfono	Propósito de la llamada/Cart
Comentarios			Seguimiento

Fecha/Hora	Nombre del Representante	Teléfono	Propósito de la llamada/Cart
Comentarios			Seguimiento

Fecha/Hora	Nombre del Representante	Teléfono	Propósito de la llamada/Cart
Comentarios			Seguimiento