

REGISTRO DE INTERACCIONES CON TU SEGURO MÉDICO

Usa este formulario para mantener un registro de todas tus interacciones con tu proveedor de seguro médico.

Fecha & hora:	Nombre del representante:	Teléfono:	Propósito de la carta/llamada:
Notas adicionales:		Seguimiento:	

Fecha & hora:	Nombre del representante:	Teléfono:	Propósito de la carta/llamada:
Notas adicionales:		Seguimiento:	

Fecha & hora:	Nombre del representante:	Teléfono:	Propósito de la carta/llamada:
Notas adicionales:		Seguimiento:	

Fecha & hora:	Nombre del representante:	Teléfono:	Propósito de la carta/llamada:
Notas adicionales:		Seguimiento:	