

REGISTRO DE MÉDICOS Y FARMACIA

Nombre

Fecha de nac.

Fecha

ESTIMADO PACIENTE:

Escriba de manera legible el nombre completo de su médico de cabecera y de los médicos que habitualmente lo revisan, o los médicos a los que usted quiere que mantengamos al tanto.

Si no sabe la dirección o el número de fax, anote la ciudad y el estado donde está el consultorio.

NO OLVIDE todos los especialistas MÉDICOS que participan en su cuidado permanente: p. ej., cardiólogo, cirujano, ginecólogo obstetra, urólogo, medicina interna, oncólogo, neurólogo, dermatólogo, hematólogo, endocrinólogo, etc.

NOMBRE DEL MÉDICO

(o asistente médico o enfermero de práctica avanzada)

Especialidad

Dirección postal, ciudad, estado --- o núm. de fax

1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

Nombre de la farmacia

Dirección postal, ciudad, estado o núm. de fax, número de teléfono

1.	
2.	