









Herramienta del prestador de atención sanitaria (Ejemplo)

Nombre: Antonio López

NOMBRE DEL MÉDICO: Dr. Paul Montgomery		ESPECIALIDAD MÉDICA: Oncología	
NOMBRE DE LA ENFERMERA: Sue Guerrero			
 DIRECCIÓN: 120 Broad Street Houston, Texas 12345			
 NÚMERO DE TELÉFONO: (123) 456-7890		 NÚMERO DE FAX: (123) 564-9856	
 MOTIVO DE LA CONSULTA AL MÉDICO: Para tratamiento del cáncer y visitas de seguimiento.			

NOMBRE DEL MÉDICO: Dra. Beverly Brown		ESPECIALIDAD MÉDICA: Medicina general	
NOMBRE DE LA ENFERMERA: Helen Jones			
 DIRECCIÓN: 582 Main Street Houston, Texas 12345			
 NÚMERO DE TELÉFONO: (123) 456-7890		 NÚMERO DE FAX: (123) 564-9856	
 MOTIVO DE LA CONSULTA AL MÉDICO: Controles anuales.			

NOMBRE DEL TRABAJADOR SOCIAL/TERAPEUTA:

Linda Miller



DIRECCIÓN: Houston Medical Center
1345 Hospital Blvd. Ste. 101
Houston, Texas 12365



NÚMERO DE TELÉFONO:
(123) 456-7890



NÚMERO DE FAX:
(123) 564-9856



MOTIVO DE LA VISITA AL TRABAJADOR SOCIAL/TERAPEUTA:

Ayuda para encontrar recursos en mi ciudad.

NOMBRE DEL FISIOTERAPEUTA:

Julia Dixon



DIRECCIÓN: 8765 Water Avenue
Houston, Texas 12345



NÚMERO DE TELÉFONO:
(123) 456-7890



NÚMERO DE FAX:
(123) 564-9856



MOTIVO DE LA VISITA AL FISIOTERAPEUTA:

Ayuda para mover el brazo luego del tratamiento.

NOMBRE DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL:

Gail Strong



DIRECCIÓN: 589 Broad Street
Houston, Texas 12345



NÚMERO DE TELÉFONO:
(123) 456-7890









NÚMERO DE FAX:
(123) 564-9856







MOTIVO DE LA VISITA AL TERAPEUTA OCUPACIONAL:

Para aprender cómo hacer las tareas diarias sin lesionarme el brazo afectado.

NOMBRE DE LA FARMACIA: Brown Drug Store	
NOMBRE DEL FARMACÉUTICO: Suzanne Peel	
 DIRECCIÓN: 8765 Water Avenue Houston, Texas 12345	
 NÚMERO DE TELÉFONO: (123) 456-7890	 NÚMERO DE FAX: (123) 564-9856





NOMBRE DE LA FARMACIA:	
NOMBRE DEL FARMACÉUTICO:	
 DIRECCIÓN:	
 NÚMERO DE TELÉFONO:	 NÚMERO DE FAX:





Otro:


NOMBRE:	
 DIRECCIÓN:	
 NÚMERO DE TELÉFONO:	 NÚMERO DE FAX:
 MOTIVO DE LA VISITA A ESTE PRESTADOR:	





Herramienta del prestador de atención sanitaria





Nombre: _____




NOMBRE DEL MÉDICO:		ESPECIALIDAD MÉDICA:	
NOMBRE DE LA ENFERMERA:			
 DIRECCIÓN:			
 NÚMERO DE TELÉFONO:		 NÚMERO DE FAX:	
 MOTIVO DE LA CONSULTA AL MÉDICO:			




NOMBRE DEL MÉDICO:		ESPECIALIDAD MÉDICA:	
NOMBRE DE LA ENFERMERA:			
 DIRECCIÓN:			
 NÚMERO DE TELÉFONO:		 NÚMERO DE FAX:	
 MOTIVO DE LA CONSULTA AL MÉDICO:			

NOMBRE DEL TRABAJADOR SOCIAL/TERAPEUTA:	
 DIRECCIÓN:	
 NÚMERO DE TELÉFONO:	 NÚMERO DE FAX:
 MOTIVO DE LA VISITA AL TRABAJADOR SOCIAL/TERAPEUTA:	





NOMBRE DEL FISIOTERAPEUTA:	
 DIRECCIÓN:	
 NÚMERO DE TELÉFONO:	 NÚMERO DE FAX:
 MOTIVO DE LA VISITA AL FISIOTERAPEUTA:	

NOMBRE DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL:	
 DIRECCIÓN:	
 NÚMERO DE TELÉFONO:	 NÚMERO DE FAX:
 MOTIVO DE LA VISITA AL TERAPEUTA OCUPACIONAL:	

NOMBRE DE LA FARMACIA:	
NOMBRE DEL FARMACÉUTICO:	
 DIRECCIÓN:	
 NÚMERO DE TELÉFONO:	 NÚMERO DE FAX:

NOMBRE DE LA FARMACIA:	
NOMBRE DEL FARMACÉUTICO:	
 DIRECCIÓN:	
 NÚMERO DE TELÉFONO:	 NÚMERO DE FAX:

Otro:

NOMBRE:	
 DIRECCIÓN:	
 NÚMERO DE TELÉFONO:	 NÚMERO DE FAX:
 MOTIVO DE LA VISITA A ESTE PRESTADOR:	