

SOLICITUD DE TRANSFERENCIA DE PROVEEDOR MEDICO

Fecha de la solicitud: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Direccion: _____ Numero de telefono _____

Proveedor actual: _____ Proveedor solicitante _____

Lugar de la clinica solicitada : (Rodear con un circuiio) Colorado Eastside Avondale

Relacion con el paciente: _____

Motivo de la solicitud (por favor Marque)

- | | | |
|--------------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ubicacion | <input type="checkbox"/> Solicitud del Proveedor | <input type="checkbox"/> Continuidad |
| <input type="checkbox"/> Sexo | <input type="checkbox"/> Nivel de experiencia | <input type="checkbox"/> Acceso |
| <input type="checkbox"/> Medicamento | <input type="checkbox"/> Comunicaciones | <input type="checkbox"/> Otro |

Si es por otro motive, por favor explique

Firma de paciente: _____

NEGADO: _____ APROBADO: _____

ESPERA 2 SEMANAS PARA QUE SE PROCESE LA SOLICITUD

Request sent to Dr. Nehren _____

COMMENTS _____

