

3.6875 panel width
3_11/16

3.6562 panel width
3_21/32

3.625 panel width
3_5/8

3.625 panel width
3_5/8

3.6562 panel width
3_21/32

3.6875 panel width
3_11/16

Nombre _____
Dirección _____

Teléfono _____



Folleto de anotaciones de su cuidado de salud



Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud
Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos



1652538805.1021

OMB #0935-0118
22-4505

Instrucciones

Puede usar este folleto de anotaciones para ayudarle a prepararse para sus entrevistas de MEPS. Cada vez que usted o un miembro de su familia reciba cuidado de salud anote la siguiente información:

- *nombre de la persona en su hogar que recibió el cuidado de salud*
- *fecha de la visita o llamada telefónica*
- *nombre del proveedor de cuidado de salud*
- *razón de la visita o llamada*
- *información del cobro y del pago*
- *medicinas recetadas*

En la parte de atrás de este folleto hay espacio para anotar la información para comunicarse con sus proveedores de salud.

Nombre _____
 Fecha de la visita _____
 Nombre del proveedor _____
 Razón de la visita _____
 Costo total _____
 Pago de la familia _____
 Pago de terceros _____
 Recetas _____

Nombre _____
 Fecha de la visita _____
 Nombre del proveedor _____
 Razón de la visita _____
 Costo total _____
 Pago de la familia _____
 Pago de terceros _____
 Recetas _____

Nombre _____
 Fecha de la visita _____
 Nombre del proveedor _____
 Razón de la visita _____
 Costo total _____
 Pago de la familia _____
 Pago de terceros _____
 Recetas _____

Nombre _____
 Fecha de la visita _____
 Nombre del proveedor _____
 Razón de la visita _____
 Costo total _____
 Pago de la familia _____
 Pago de terceros _____
 Recetas _____

Nombre _____
 Fecha de la visita _____
 Nombre del proveedor _____
 Razón de la visita _____
 Costo total _____
 Pago de la familia _____
 Pago de terceros _____
 Recetas _____

Nombre _____
 Fecha de la visita _____
 Nombre del proveedor _____
 Razón de la visita _____
 Costo total _____
 Pago de la familia _____
 Pago de terceros _____
 Recetas _____

Nombre _____
 Fecha de la visita _____
 Nombre del proveedor _____
 Razón de la visita _____
 Costo total _____
 Pago de la familia _____
 Pago de terceros _____
 Recetas _____

Nombre _____
 Fecha de la visita _____
 Nombre del proveedor _____
 Razón de la visita _____
 Costo total _____
 Pago de la familia _____
 Pago de terceros _____
 Recetas _____

Nombre _____
 Fecha de la visita _____
 Nombre del proveedor _____
 Razón de la visita _____
 Costo total _____
 Pago de la familia _____
 Pago de terceros _____
 Recetas _____

Nombre _____
 Fecha de la visita _____
 Nombre del proveedor _____
 Razón de la visita _____
 Costo total _____
 Pago de la familia _____
 Pago de terceros _____
 Recetas _____

Nombre _____
 Fecha de la visita _____
 Nombre del proveedor _____
 Razón de la visita _____
 Costo total _____
 Pago de la familia _____
 Pago de terceros _____
 Recetas _____

Nombre _____
 Fecha de la visita _____
 Nombre del proveedor _____
 Razón de la visita _____
 Costo total _____
 Pago de la familia _____
 Pago de terceros _____
 Recetas _____

Nombre _____
 Fecha de la visita _____
 Nombre del proveedor _____
 Razón de la visita _____
 Costo total _____
 Pago de la familia _____
 Pago de terceros _____
 Recetas _____

Nombre _____
 Fecha de la visita _____
 Nombre del proveedor _____
 Razón de la visita _____
 Costo total _____
 Pago de la familia _____
 Pago de terceros _____
 Recetas _____

Nombre _____
 Fecha de la visita _____
 Nombre del proveedor _____
 Razón de la visita _____
 Costo total _____
 Pago de la familia _____
 Pago de terceros _____
 Recetas _____

Nombre _____
 Fecha de la visita _____
 Nombre del proveedor _____
 Razón de la visita _____
 Costo total _____
 Pago de la familia _____
 Pago de terceros _____
 Recetas _____

Nombre _____
 Fecha de la visita _____
 Nombre del proveedor _____
 Razón de la visita _____
 Costo total _____
 Pago de la familia _____
 Pago de terceros _____
 Recetas _____

Nombre _____
 Fecha de la visita _____
 Nombre del proveedor _____
 Razón de la visita _____
 Costo total _____
 Pago de la familia _____
 Pago de terceros _____
 Recetas _____

Nombre _____
 Fecha de la visita _____
 Nombre del proveedor _____
 Razón de la visita _____
 Costo total _____
 Pago de la familia _____
 Pago de terceros _____
 Recetas _____

Nombre _____
 Fecha de la visita _____
 Nombre del proveedor _____
 Razón de la visita _____
 Costo total _____
 Pago de la familia _____
 Pago de terceros _____
 Recetas _____