

Formulario de Suministros Médicos

Instrucciones: Este formulario debe ser llenado por la oficina del médico y por favor envíe con la aplicación de Asistencia Financiera.

Información del paciente

Apellido: _____ Primer Nombre: _____

Número de teléfono: _____ Teléfono alternativo: _____

Fecha de nacimiento: _____

Proporcione la información a continuación: (Use hoja adicional si es necesario).

Proveedor: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

Página de web: _____

Nombre del producto: _____

Numero de artículo: _____ Numero de modelo: _____

Número de serie: _____ Cantidad: _____ Costo aproximado: \$ _____

Proveedor: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

Página de web: _____

Nombre del producto: _____

Numero de artículo: _____ Numero de modelo: _____

Número de serie: _____ Cantidad: _____ Costo aproximado: \$ _____

Se puede pedir una orden al médico del paciente. Es responsabilidad de la oficina de referencia proporcionar los detalles tales como números de modelo, números de serie, descripción completa del artículo, nombre de la compañía de suministros médicos, etc. Es imperativo que se nos proporcione toda la información para que los artículos correctos puedan ser comprados.

Nombre de contacto de la oficina: _____

Fecha: _____