

## 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: \_\_\_\_\_