

**PULMONOLOGÍA PEDIÁTRICA****Hoja de contactos****PEDIATRIC PULMONOLOGY - Contact Sheet**

MRN:

Patient Name:

(Patient Label)

Queridos Pacientes y Padres,

Estamos colectando información adicional para facilitar una mejor comunicación con usted con respecto citas futuras, actualizaciones con nuestro departamento y sobre el tema del Asma. Favor de completar el siguiente formulario. Gracias.

Douglas Li, MD, Sande Okelo, MD, Marlyn Woo, MD

Departamento de Pulmonología Pediátrica, Hospital Mattel Children's

**FAVOR DE FACILITARNOS SU INFORMACIÓN ACTUAL**

¿Cuál es su número de teléfono?  No disponible

Número de Teléfono: (    )    -

¿Podemos dejarle un mensaje en su buzón de voz?  Sí  No

Si tiene celular, podríamos llamarlo a su celular, favor de indicar abajo.  No disponible

Número de Celular: (    )    -

¿Le podemos dejar un mensaje en su buzón de voz?  Sí  No

¿Querría ser contactado por texto?  Sí  No

¿Cuál es su compañía de servicio celular?  AT&T  Verizon  Sprint  T-Mobile  Otro : \_\_\_\_\_

Recuerde: Podría incurrir cargos dependiendo de su plan se servicio de celular.

¿Querría ser contactado por correo electrónico (email)?  Sí  No

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Si tenemos dificultad en comunicarnos con usted, podría facilitarnos el nombre y número de teléfono de alguien que sabría cómo contactarlo?

Nombre:

Apellido:

Número de Teléfono: (    )    -

Relación:  Madre  Padre  Amistad  Vecino  Miembro de la Familia