

**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 de 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