

# Lista de Medicos del paciente

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

N.º Seg. Soc.: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Tel.: ( ) - \_\_\_\_\_

Envíe este formulario por fax al:  
**310.267.8249**

O por correo a:

UCLA Kidney & Pancreas Transplant Program  
1145 Gayley Ave., Suite 321  
Los Angeles, CA 90095

## Médico de atención primaria (PCP)

Nombre del médico: \_\_\_\_\_  
Dirección 1: \_\_\_\_\_  
Dirección 2: \_\_\_\_\_  
Ciudad, estado, cód. postal: \_\_\_\_\_  
Tel.: ( ) \_\_\_\_\_  
Fax: ( ) \_\_\_\_\_

## Nefrólogo (riñones)

Nombre del médico: \_\_\_\_\_  
Dirección 1: \_\_\_\_\_  
Dirección 2: \_\_\_\_\_  
Ciudad, estado, cód. postal: \_\_\_\_\_  
Tel.: ( ) \_\_\_\_\_  
Fax: ( ) \_\_\_\_\_

## Otro, especificar: \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_  
Dirección 1: \_\_\_\_\_  
Dirección 2: \_\_\_\_\_  
Ciudad, estado, cód. postal: \_\_\_\_\_  
Tel.: ( ) \_\_\_\_\_  
Fax: ( ) \_\_\_\_\_

## Cardiólogo (corazón)

Nombre del médico: \_\_\_\_\_  
Dirección 1: \_\_\_\_\_  
Dirección 2: \_\_\_\_\_  
Ciudad, estado, cód. postal: \_\_\_\_\_  
Tel.: ( ) \_\_\_\_\_  
Fax: ( ) \_\_\_\_\_

## Otro, especificar: \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_  
Dirección 1: \_\_\_\_\_  
Dirección 2: \_\_\_\_\_  
Ciudad, estado, cód. postal: \_\_\_\_\_  
Tel.: ( ) \_\_\_\_\_  
Fax: ( ) \_\_\_\_\_

## Otro, especificar: \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_  
Dirección 1: \_\_\_\_\_  
Dirección 2: \_\_\_\_\_  
Ciudad, estado, cód. postal: \_\_\_\_\_  
Tel.: ( ) \_\_\_\_\_  
Fax: ( ) \_\_\_\_\_

## Otro, especificar: \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_  
Dirección 1: \_\_\_\_\_  
Dirección 2: \_\_\_\_\_  
Ciudad, estado, cód. postal: \_\_\_\_\_  
Tel.: ( ) \_\_\_\_\_  
Fax: ( ) \_\_\_\_\_