

Kids deserve the best.

Lista de teléfonos de recursos para el hogar

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Padres: _____

Nº de teléfono durante el día: _____ Nº de teléfono durante la noche: _____

Contactos de emergencia

Hospital: Número principal:
Sala de Urgencias:
Programación de la clínica:

Proveedores o agencias de servicios de salud

(Incluye médicos, empresas de suministros médicos, farmacias, administradores de casos, terapeutas, departamentos de salud, proveedores de transporte y otros proveedores comunitarios)

Nombre del proveedor o agencia de servicios de salud: _____

Nombre de contacto secundario: _____

Fecha de la primera visita: _____

Nº de teléfono durante el día: _____ Fax: _____

Dirección: _____

Correo electrónico: _____

Otro: _____

Nombre del proveedor o agencia de servicios de salud: _____

Nombre de contacto secundario: _____

Fecha de la primera visita: _____

Nº de teléfono durante el día: _____ Fax: _____

Dirección: _____

Correo electrónico: _____

Otro: _____

Nombre del proveedor o agencia de servicios de salud: _____

Nombre de contacto secundario: _____

Fecha de la primera visita: _____

Nº de teléfono durante el día: _____ Fax: _____

Dirección: _____

Correo electrónico: _____

Otro: _____

Nombre del proveedor o agencia de servicios de salud: _____

Nombre de contacto secundario: _____

Fecha de la primera visita: _____

Nº de teléfono durante el día: _____ Fax: _____

Dirección: _____

Correo electrónico: _____

Otro: _____

Nombre del proveedor o agencia de servicios de salud: _____

Nombre de contacto secundario: _____

Fecha de la primera visita: _____

Nº de teléfono durante el día: _____ Fax: _____

Dirección: _____

Correo electrónico: _____

Otro: _____

Nombre del proveedor o agencia de servicios de salud: _____

Nombre de contacto secundario: _____

Fecha de la primera visita: _____

Nº de teléfono durante el día: _____ Fax: _____

Dirección: _____

Correo electrónico: _____

Otro: _____