

Fecha: ____/____/____

Es nuestra responsabilidad como su proveedor de Medicina Interna brindarle la mejor atención posible.

Es su responsabilidad informarnos cuando vaya a la sala de emergencias o al hospital. Nuestra oficina desea asegurarse de que usted se encargue de cada paso de su atención.

Llame a la oficina para programar un seguimiento del hospital dentro de las 24 horas posteriores al alta. Al firmar esto, acepta llamar a la oficina para programar una cita para que lo atiendan dentro de los 7 DÍAS de ser dado de alta del hospital.

Signo del paciente: _____

Fecha: ____/____/____