

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: () _____