

Fax: 321-639-1194
 referrals@impowerfl.org

NOTIFICACIÓN DEL DOCTOR PRIMARIO

IMPOWER, es una organización sin fines de lucro que provee servicios de consejería y psiquiatría. Como agencia, trabajamos para coordinar nuestros servicios con su doctor primario y otros proveedores para asegurar que nuestros clientes estan recibiendo atención coordinada. Por favor lea lo siguiente y envíenos la información pertinente requerida por el cliente. Por favor déjenos saber sobre cualquier costo antes de enviar.

Nombre del Cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Doctor Primario		
Para:	Doctor Primario:	
	Dirección:	
	Ciudad, Estado, código postal:	
	<table border="1"> <tr> <td>Teléfono:</td> <td>Fax:</td> </tr> </table>	Teléfono:
Teléfono:	Fax:	
Solicitud con respecto a la salud física		
<input checked="" type="checkbox"/> Por favor envíe registros sobre cualquier condición física que pueda afectar la salud mental.		

Comentarios (opcional):

Por medio de esta forma otorgo permiso a que una copia de esta forma sea enviada por fax o correo electrónico al Doctor Primario anteriormente mencionado.

Gracias por su tiempo y colaboración,

 Firma de Cliente o Guardián Legal

 Fecha