|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Sin programar Formulario de tratamiento |  |  |

Fecha

Estimado paciente:

En su última visita, el Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ diagnosticó un tratamiento para usted. Su salud nos preocupa y nuestro objetivo es ofrecerle el cuidado de más alta calidad.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre su tratamiento y la cobertura de seguro, llame o envíe un correo electrónico a nuestra oficina. El Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ estará encantado de revisar el caso con usted.

Llame a la oficina a la mayor brevedad posible para programar una cita o para responder a cualquier otra duda que pudiera tener.

Esperamos conversar con usted y verlo muy pronto.

Un cordial saludo,

Nombre del personal

Nombre del médico

Dirección de correo: