

Por favor, complete la siguiente información

Fecha: ___ / ___ / ___

Para: Promise Healthcare

Envíe el formulario completo o llame al departamento correspondiente (la información de contacto se proporciona a continuación)

Línea de Asunto: **Atención:** Referencias de Nuevos Pacientes

- Servicios de salud mental** (psiquiatría/salud conductual, asesoramiento)
 - Correo electrónico: mentalhealthwellness@promisehealth.org
 - Teléfono: 217-403-5433
- Servicios Médicos** (Servicios de Atención Primaria)
 - Correo electrónico: medicalwellness@promisehealth.org
 - Teléfono: 217-356-1558
- Servicios dentales** (limpiezas, empastes, servicios de emergencia, servicios dentales de rutina) número de teléfono
 - Correo electrónico: dentalreferrals@promisehealth.org
 - Teléfono: 217-356-1558

De: _____

Información de contacto: _____

Nombre del paciente : _____ **Fecha de nacimiento:** ___ / ___ / ___

Grado (si corresponde): _____ **Proveedor de seguros (si se conoce):** _____

Nombre(s) de los padres o tutores: _____

(La información de los padres no es necesaria si tiene 12 años o más y no desea que los padres sean informados)

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Número de teléfono (casa/celular/otro): _____ **Correo electrónico:** _____

Motivo de la referencia/Notas: _____

Recibido por: _____ **Fecha de recepción:** ___ / ___ / ___

Solo para uso del personal