

**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](mailto:mentalhealthwellness@promisehealth.org)
- Teléfono: 217-403-5433

**Servicios Médicos** (Servicios de Atención Primaria)

- Correo electrónico: [medicalwellness@promisehealth.org](mailto: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](mailto: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**