

CONFIRMACIÓN DE LA CITA

Estimado _____ :

Gracias por escoger a Grants Pass Surgical Associates para su cuidado médico. Usted ha sido referido a nuestra oficina por _____ para una consulta para determinar si es necesario cualquier cirugía con respecto a _____. Su cita está programada para la siguiente fecha y hora:

Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	
Date	_____				
Time	_____	<input type="checkbox"/>	am	<input type="checkbox"/>	pm

Para que su cita sea más eficiente, le pedimos que complete las hojas de información adjuntas. Su información es completamente confidencial. Por favor, recuerde traer:

1. Formularios de admisión completados
2. Lista de medicamentos actuales (incluyendo dosis y frecuencia)
3. Su tarjeta(s) de seguro
4. Copago/pago

Los menores de 18 años deben estar acompañados por un padre o guardián.

Tenemos ganas de conocerlo. Si por alguna razón no puede acudir a su cita, por favor llame a la oficina con al menos 24 horas de antelación. Nuestro número de teléfono es el 541-474-5533.

Gracias,

Grants Pass Surgical Associates, P.C.

Mark F. Deatherage, MD, FACS

Mark A. Jones, MD

Melissa Greive, DO