|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | No programada Formulario de tratamiento |  |  |

Fecha

Querido paciente,

En su última visita, el Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ diagnosticó el tratamiento para usted. Su salud es nuestra preocupación y nuestro objetivo es brindarle atención de la más alta calidad.

Si tiene cualquier pregunta o inquietud sobre su tratamiento y cobertura de seguro, llame o envíe un correo electrónico a nuestra oficina. El Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ estará encantado de revisar todo con usted.

Llame a la oficina lo antes posible para programar una cita o para responder a cualquier otra pregunta que pueda tener.

Esperamos poder hablar con usted y verle pronto.

Un cordial saludo,

Nombre de la plantilla

Nombre del médico

Dirección de correo electrónico: