



Encuesta de Registro de Gastos Médicos

Folleto de anotaciones

de su cuidado de salud

Cada vez que usted o un miembro de su familia reciba cuidado de salud llene un bloque en las siguientes páginas.



Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud
Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos



Encuesta de Registro de Gastos Médicos

OMB #0935-0118
22-450S
1652538805.1021

Cada vez que usted o un miembro de su familia reciba cuidado de salud anote la siguiente información:

Example

Nombre Jane Doe
Fecha de la visita January 15, 2014
Nombre del proveedor Dr. Eric West
Razón de la visita Ear Infection
Costo total \$75
Pago de la familia \$25
Pago de terceros \$50
Recetas Amoxicillin 20mg TAB

Nombre _____
Fecha de la visita _____
Nombre del proveedor _____
Razón de la visita _____
Costo total _____
Pago de la familia _____
Pago de terceros _____
Recetas _____

Nombre _____
Fecha de la visita _____
Nombre del proveedor _____
Razón de la visita _____
Costo total _____
Pago de la familia _____
Pago de terceros _____
Recetas _____

Nombre _____
Fecha de la visita _____
Nombre del proveedor _____
Razón de la visita _____
Costo total _____
Pago de la familia _____
Pago de terceros _____
Recetas _____

Nombre _____
Fecha de la visita _____
Nombre del proveedor _____
Razón de la visita _____
Costo total _____
Pago de la familia _____
Pago de terceros _____
Recetas _____

Nombre _____
Fecha de la visita _____
Nombre del proveedor _____
Razón de la visita _____
Costo total _____
Pago de la familia _____
Pago de terceros _____
Recetas _____

Cada vez que usted o un miembro de su familia reciba cuidado de salud anote la siguiente información:

Nombre _____

Fecha de la visita _____

Nombre del proveedor _____

Razón de la visita _____

Costo total _____

Pago de la familia _____

Pago de terceros _____

Recetas _____

Nombre _____

Fecha de la visita _____

Nombre del proveedor _____

Razón de la visita _____

Costo total _____

Pago de la familia _____

Pago de terceros _____

Recetas _____

Nombre _____

Fecha de la visita _____

Nombre del proveedor _____

Razón de la visita _____

Costo total _____

Pago de la familia _____

Pago de terceros _____

Recetas _____

Nombre _____

Fecha de la visita _____

Nombre del proveedor _____

Razón de la visita _____

Costo total _____

Pago de la familia _____

Pago de terceros _____

Recetas _____

Nombre _____

Fecha de la visita _____

Nombre del proveedor _____

Razón de la visita _____

Costo total _____

Pago de la familia _____

Pago de terceros _____

Recetas _____

Nombre _____

Fecha de la visita _____

Nombre del proveedor _____

Razón de la visita _____

Costo total _____

Pago de la familia _____

Pago de terceros _____

Recetas _____

Cada vez que usted o un miembro de su familia reciba cuidado de salud anote la siguiente información:

Nombre _____

Fecha de la visita _____

Nombre del proveedor _____

Razón de la visita _____

Costo total _____

Pago de la familia _____

Pago de terceros _____

Recetas _____

Nombre _____

Fecha de la visita _____

Nombre del proveedor _____

Razón de la visita _____

Costo total _____

Pago de la familia _____

Pago de terceros _____

Recetas _____

Nombre _____

Fecha de la visita _____

Nombre del proveedor _____

Razón de la visita _____

Costo total _____

Pago de la familia _____

Pago de terceros _____

Recetas _____

Nombre _____

Fecha de la visita _____

Nombre del proveedor _____

Razón de la visita _____

Costo total _____

Pago de la familia _____

Pago de terceros _____

Recetas _____

Nombre _____

Fecha de la visita _____

Nombre del proveedor _____

Razón de la visita _____

Costo total _____

Pago de la familia _____

Pago de terceros _____

Recetas _____

Nombre _____

Fecha de la visita _____

Nombre del proveedor _____

Razón de la visita _____

Costo total _____

Pago de la familia _____

Pago de terceros _____

Recetas _____

Información de contacto.

Anote aquí los proveedores de cuidado de salud de su familia:

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____

Información de contacto.

Anote aquí los proveedores de cuidado de salud de su familia:

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____

Información de contacto.

Anote aquí los proveedores de cuidado de salud de su familia:

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____