Información de Hospitales y/o clínicas

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Número de registro médico: | |  | | | |
| Dirección Hospital Local: |  | | | | |
| Ciudad, estado y código postal: |  | | | | |
| Sitio en Internet: |  | | | | |
| Número de teléfono: |  | | | Número de tel. de la Sala de Emergencia: |  |
| Cuenta en Twitter |  | | | Facebook |  |
|  |  | | |  |  |
| Clínica de Especialidades: | | |  | | |
| Horario y días de operación: | | |  | | |
| Doctor(es): | | |  | | |
| Persona de contacto: (Enfermera etc.) | | |  | | |
| Número de Tel.: | | |  | | |
| Número de Fax: | | |  | | |
| Email: | | |  | | |
| Sitio en Internet: | | |  | | |
|  | | |  | | |
| Clínica de Especialidades: | | |  | | |
| Horario y días de operación: | | |  | | |
| Doctor(es): | | |  | | |
| Persona de contacto: (Enfermera etc.) | | |  | | |
| Número de Tel.: | | |  | | |
| Número de Fax: | | |  | | |
| Email: | | |  | | |
| Sitio en Internet: | | |  | | |
|  | | |  | | |
| Clínica de Especialidades | | |  | | |
| Horario y días de operación | | |  | | |
| Doctor: | | |  | | |
| Persona de contacto: (Enfermera etc.) | | |  | | |
| Número de Teléfono: | | |  | | |
| Número de Fax: | | |  | | |
| Email: | | |  | | |
| Sitio en Internet: | | |  | | |