

Serie de talleres de Better Choices, Better Health®

Retired Senior Volunteer Program (RSVP)
Correo electrónico: livinghealthy@rsvpsuffolk.org
Enviar referidos por fax a: 631-979-9235
¿Tiene preguntas? Llame al: 631-979-9490 ext: 16



Auto referido

Referido del proveedor

Información del participante [ESCRIBIR EN LETRA DE IMPRENTA]

Nombre del participante: _____

Fecha de nacimiento. ___/___/___ o número de identificación del cliente: _____

Medicaid Medicare Otro

Teléfono: (____) _____ - _____ Mejor hora para contactarse: _____

¿Podemos dejar un mensaje? Sí No

Correo electrónico (si lo tiene): _____

Idioma: Inglés Español Otro (especifique) _____

¿Qué taller?

ENFERMEDAD CRÓNICA



taller de 6 semanas

DIABETES



taller de 6 semanas

Comprendo que RSVP le informará a mi proveedor acerca de mi participación en la serie de talleres de Better Choices, Better Health.

Firma del participante _____ Fecha _____

.....

Información del proveedor de atención primaria

Nombre del proveedor de atención primaria _____

Nombre de la práctica de atención primaria _____

Persona de contacto de la práctica _____ Correo electrónico _____

Teléfono _____ Fax _____