

## Recordatorio de cita (Appointment Coverletter Spanish)

Nombre del paciente: (Patient Name) _____	Fecha de nacimiento: (Date of Birth) _____
Dirección de la cita: (Appointment Address) _____	
Fecha de la cita: (Appointment Date) _____	Hora de entrada: (Check In Time) _____
Proveedor: (Provider) _____	

### Para todos los pacientes:

#### Por favor haga lo siguiente:

- **Complete todos los formularios adjuntos o llame al (360) 565-0999** si necesita un intérprete que le ayude con los formularios. **Los servicios de interpretación** se le brindan sin costo.
- **Traiga los formularios completos** a su cita programada.
- **El horario anteriormente mencionado se ha reservado especialmente para usted. Si no puede asistir a esta cita, avísenos con 24 horas de anticipación.**
- **Traiga a la cita sus tarjetas de seguro, identificación con foto** y cualquier **directiva de atención médica** que pueda tener (es decir, formulario POLST, poder notarial duradero para atención médica, etc.).
- Recuerde **traer sus medicamentos** *incluidos* las hierbas y los suplementos, en sus envases originales o una lista actualizada de medicamentos.
- Comuníquese con nosotros al (360) 565-0999 si necesita reprogramar o cancelar su cita.

### Cardiología

- Comuníquese con nosotros al (360) 565-0500 si necesita reprogramar o cancelar su cita.

### Para pacientes de atención primaria

- **Llame al (360) 565-0999 para confirmar que asistirá a su nueva cita dentro de las 24 horas previas a su visita programada. Las citas que no hayan sido confirmadas serán canceladas.**

### Centro del Sueño

- Si actualmente está utilizando un **dispositivo C-PAP**, debe **traerlo** a la cita.
- Comuníquese con nosotros al (360) 582-4200 si necesita reprogramar o cancelar su cita.

**¡Gracias por elegir OMP!**