

Recursos

Recursos Locales

The Nebraska Medical Center Hospital Address

Nombre del Paciente
Habitación del paciente, si lo sabe
The Nebraska Medical Center
PO Box 6159
Omaha, NE 68198

The Nebraska Medical Center Información

General - Número de teléfono

402.559.4000

The Lied Transplant Center Address

Nombre del huésped
Habitación del paciente, si lo sabe
Lied Transplant Center
987600 Nebraska Medical Center
Omaha, NE 68195-7600

The Lied Transplant Center

Número de teléfono

402.559.5599

Unidad de Trasplante de órganos sólidos

Número de teléfono

402.552.2051

Unidad de Cuidado Intensivo Adultos

Número de teléfono

402.559.7000

Oficina de la trabajadora social

Número de teléfono

402.559.4420

Farmacia más cercana

The Nebraska Medical Center Pharmacy
Durham Outpatient Care Center, 2nd Floor
402.559.5215

Farmacia de venta al por mayor más cercana

Walgreen's
225 North Saddle Creek Road,
Omaha, NE 68131
402.551.1797

Más cercana

7200 Dodge St, Omaha, NE 68114
402.390.8880

Más cercana

1606 S 72nd St, Omaha, NE 68124
402.393.9560

Supermercado más cercano

Baker's
888 South Saddle Creek Road
Omaha, NE
402.551.0613

Recursos, continuo

QUIENES SON SUS MÉDICOS

Su nombre _____

Fecha de Nacimiento _____

Por favor provea una lista de los doctores que usted quiere reciban su información médica después de la evaluación.

Doctor que lo refirió (el doctor que lo envió a nuestro programa para la evaluación)

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad/Estado _____

Código Postal _____

Número de teléfono _____

Especialidad _____

Doctor de Cabecera (el doctor que lo atiende por asuntos médicos como el resfriado)

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad/Estado _____

Código Postal _____

Número de teléfono _____

Especialidad _____

Firma _____

Otro Médico (no listado que usted quiere sea notificado)

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad/Estado _____

Código Postal _____

Número de teléfono _____

Especialidad _____

Laboratorio que va a usar en su Pueblo/Hogar:

Nombre _____

Dirección _____

Número de teléfono _____

Hospital local que usarías en caso de una emergencia:

Nombre _____

Dirección _____

Número de teléfono _____

¿Nos da permiso proveer su información médica a alguien más?

Nombre _____

Dirección _____

Número de teléfono _____

En caso de una emergencia o no podemos comunicarnos con usted, podríamos contactar a la persona antedicha.

Recursos, continuo

Notas
