



RURAL HEALTH, Inc.
We specialize in you

CLÍNICA DENTAL DE RURAL HEALTH, INC.
Formulario de Preferencia de Contacto Dental

Teléfono

- Casa # _____
 Cell # _____

Mensaje de texto (se pueden aplicar cargos por mensajes de texto)

Por favor, indique el número al que debemos enviar mensajes de texto a:

Email

Por favor, indique su dirección de correo electrónico actual:

Compruebe por lo menos un método de contacto anterior

Firma:

Relación con el paciente:

Fecha de la firma:

GRACIAS.