

Patient Label

Location: _____ Physician _____ Appt. Date _____

Referring Physician Information

Name of Referring Physician: _____

Telephone # _____ Fax # _____

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

Primary Care Physician Information

Name of Primary Care Physician: _____

Telephone # _____ Fax # _____

Address: _____ City: _____ State _____ Zip _____

We would like to hear about how you chose us for your care today:

_____ Referred by Primary Care Physician

_____ Referred by ENT specialist

_____ Referred by friend

_____ Obtained information on our website www.oto.uic.edu

_____ Self referred

_____ Advertisement

Patient Label

Clínica: _____ Doctor: _____ Fecha de la cita: _____

Información del Medico

Nombre del Doctor que la refirió: _____

Numero de teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal _____

El nombre del medico primario de cuidado (si es diferente): _____

Numero de teléfono: _____ Fax # _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal _____

Quisiéramos saber acerca de cómo UD. escogió a nuestra clínica para su cuidado:

_____ Referido por su Medico primario de cuidado

_____ Referido por un especialista

_____ Referido por un amistad

_____ La información obtenida en nuestro sitio del Internet www.oto.uic.edu

_____ Referido por usted mismo