

Centro Médico Central
Kaya Soeur Bartola 7
715 3010
baliecmc@bonairemedischcentrum.com



Formulario di keho

Por favor yen'é kompletamente

Bo datonan (di esun ku ta entregá keho)

Nòmber: M/V

Adrès:

Number di telefòn:

Datonan di e pashènt (esaki por ta un otro hende ku no ta esun ku a entregá keho)

Nòmber di e pashènt:

Fecha di nasementu di e pashènt:

Relashon entre e persona ku a entregá keho i e pashènt (por ehèmpel mayor, kasá):

Índole di e keho

Fecha di e suseso:

Ora:

E keho ta bai tokante (por skohe mas ku un posibilidat):

- Aktuashon médiko di un empleado
- Trato di parti un empleado
(= e manera ku e empleado a papia ku bo òf anda ku bo)
- Organisashon di e ofisina di dòkter di kas
(= e manera ku vários asunto ta reglá den e ofisina)
- Alkansabilidat di e ofisina
- E proseso atministrativo
- Agu otro

Deskripshon di e keho:

Bo por manda e formulario yená pa nos ofisina òf entregá esaki personalmente.
Despues di esei nos ta tuma kontakto ku bo via telefòn òf por eskrito.

Fecha di entrega: