

Su equipo de atención médica

Médico Primario

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Sus preguntas: _____

Puntos importantes: _____

Oculista u oftalmólogo

Médico de los ojos.

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Sus preguntas: _____

Puntos importantes: _____

Podiatra

Médico de los pies

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Sus preguntas: _____

Puntos importantes: _____

Dentista

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Sus preguntas: _____

Puntos importantes: _____

Dietista/Nutricionista

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Sus preguntas: _____

Puntos importantes: _____

Educador(a) en diabetes

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Sus preguntas: _____

Puntos importantes: _____

Consejero

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Sus preguntas: _____

Puntos importantes: _____

Farmacéutico

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Sus preguntas: _____

Puntos importantes: _____

Otro

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Sus preguntas: _____

Puntos importantes: _____
