



Para la salud y el bienestar



Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Como parte de su plan de cuidado, usted ha sido invitado a asistir a

\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Ubicación: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Traiga esto al día del evento

Firma del profesional de la salud

