



PACIENTE NOMBRE:	FECHA DE NACIMIENTO:	PROXIMA CITA FECHA Y TIEMPO:
------------------	----------------------	------------------------------

**Llamos si su sistolica es > 160 o si su diastolica es > 110**

FECHA	AM	PM

su oficina **PRINCIPAL** para citas es (marque una):

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> North Austin (Renfert Way)  | AMFM.Nurse@hcahealthcare.com                |
| <input type="checkbox"/> Cedar Park  | AMFM.Nurse.CP@hcahealthcare.com             |
| <input type="checkbox"/> South Austin (James Casey South)  | NAMC.JCaseyefax@hcahealthcare.com           |
| <input type="checkbox"/> Downtown Austin (IH35)  | DowntownRN@hcahealthcare.com                |
| <input type="checkbox"/> Harker Heights  | HHNurse@hcahealthcare.com                   |
| <input type="checkbox"/> College Station   | AMFM.Nurse.CollegeStation@hcahealthcare.com |
| <input type="checkbox"/> Brownwood <input type="checkbox"/> Columbus <input type="checkbox"/> Fredericksburg <input type="checkbox"/> Georgetown <input type="checkbox"/> Gonzales | AMFMTelemedRN@hcahealthcare.com             |
| <input type="checkbox"/> LaGrange <input type="checkbox"/> Marble Falls <input type="checkbox"/> San Angelo <input type="checkbox"/> San Marcos                                    |   |

**Por favor verifique su doctor principal:**  Dr. Adusumalli  Dr. Bednar  Dr. DeStefano  Dr. Hadley  Dr. Haeri  Dr. Herrera  Dr. Hill  Dr. Holliman  Dr. McDonnold  Dr. Monsivais  Dr. Nielsen  Dr. Singh