



Referido de Nuevos Proveedores de Servicios TIES

REQUISITOS:

- El/la proveedor(a) debe brindar servicios en el Municipio de San Juan. Excepto en aquellos casos en el que el/la proveedor(a) no esté ubicado en San Juan y sea el único(a) proveedor(a) que brinda ese servicio.
- Que acepte uno o la mayoría de los planes médicos. Sin embargo, no se excluye a un proveedor(a) que no acepte plan médico, si es un(a) proveedor(a) con experiencia en poblaciones viviendo con diagnóstico de VIH o el servicio es limitado en el Municipio en San Juan.

_____ Fecha del referido

Saludos cordiales al Equipo del Proyecto TIES:

Refiero al proveedor(a) _____,
(Nombre y apellido y/o nombre del establecimiento)

su especialidad es en _____. Su número de teléfono es: _____
(Especialidad Ej.: Neurología)

Escoja las opciones que apliquen:

_____ Se encuentra localizado en la dirección: _____

_____ Página web del/la proveedor(a): _____

_____ Al momento no cuento con una dirección específica, sin embargo, confirmé, que el servicio se brinda en la jurisdicción de San Juan.

_____ Es un(a) proveedor(a) que se encuentra fuera de la jurisdicción de San Juan, sin embargo, le refiero por

lo siguiente: _____
(Especifique la razón por lo que le refiere)

Cordialmente, _____
(Nombre y firma del Community Health Worker)

Agencia: _____ Email: _____

Nota:

- Enviar referido a Mayra M. Román al email: mmroman@sanjuan.pr, con copia a Inés M. Serrano al email: imserrano@sanjuan.pr. Recibirá un mensaje de confirmación.