



# FLORIDA HAND CENTER

**Apreciamos la oportunidad de participar en su cuidado y nos gustaría saber como supo de nosotros. Por favor marque todas las fuentes que se aplican.**

- \_\_ TV (qué estación?) \_\_\_\_\_**
- \_\_ Periódico (¿cuál?) \_\_\_\_\_**
- \_\_ Radio (¿que estación?) \_\_\_\_\_**
- \_\_ Internet: \_\_\_\_\_**
- \_\_ Amigo (¿nombre?) \_\_\_\_\_**
- \_\_ Médico (¿nombre?) \_\_\_\_\_**
- \_\_ Sala de emergencia \_\_\_\_\_**
- \_\_ Otro \_\_\_\_\_**

**¿Asistió a un charla y prueba de detección de problemas de la mano antes de programar su cita? Sí No**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

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