

COLEGAS: Les acercamos Encuesta de SIPEM para poder mejorar los Servicios y la pronta atención y/o derivación en caso de ser necesario:

ENCUESTA SIPEM

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| Farmacia: | Fecha: |
| Dirección: | Localidad: |
| GRUPO FAMILIAR A CARGO: | |
| | |
| OBRA SOCIAL DE CADA UNO DE LOS INTEGRANTES: | |
| | |
| ¿ALGUNO DE LOS INTEGRANTES PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA? DETALLAR: | |
| | |
| SI DISPONE DE LUGAR DE PREFERENCIA PARA LA DERIVACIÓN DE LA ATENCIÓN, DETALLAR: | |
| | |
| SI DISPONE DE MÉDICO DE CABECERA, DETALLAR: | |
| | |
| OBSERVACIONES A TENER EN CUENTA: | |
| | |
| FIRMA FARMACÉUTICO/A: | ACLARACIÓN FARMACÉUTICO/A: |
| | |