



TO: _____
(Patient's Name)

MR#: _____

FROM: **BORINQUEN MEDICAL CENTERS**

It is necessary to obtain new verification of your eligibility status. IF YOU DESIRE TO CONTINUE RECEIVING HEALTH CARE SERVICES AT BORINQUEN YOU MUST BRING IN THE FOLLOWING INFORMATION:

Received by: _____
(Patient)

Date: _____

POU: _____
(Ekri Non'w)

MR#: _____

DÉ: BORINQUEN MEDICAL CENTERS

Li nésèsè pou nou genyin yon nouvo vérifikasyon siti yasyon éligibilité'w . Si ou vlé kontinié réséwa swen médikal nan Borinquen, fèk ou poté infomasyon sa yo:

Rési de: _____
(Siyati'w)

Dat: _____

PARA: _____
(Nombre del Paciente)

MR#: _____

FROM: BORINQUEN MEDICAL CENTERS

Es necesario obtener una nueva verificación de su estado de elegibilidad si usted desea continuar recibiendo servicios de salud en Borinquen, usted debe traer la siguiente información:

Recibido por: _____
(Firma)

Fecha: _____