



EXENCIÓN DE REFERENCIA

Entiendo que tengo la obligación de obtener una referencia para servicios especializados de mi médico de atención primaria antes de ser visto para una cita.


Reconozco que no tengo referencia para la visita de hoy, y será responsable del pago de los servicios prestados a partir de esta fecha adelante como mientras siga siendo paciente en New England Neurological Associates.

Firma del Paciente: _____

Riverwalk
354 Merrimack Street
Lawrence, MA 01843

Gateway Center
10 George Street, Suite 300
Lowell, MA 01852

Medical Arts Building West
168 Kingsley Street, Suite 1
Nashua, NH 03061

neneuro.com  
**354 Merrimack Street
Lawrence, MA 01843**

Doctor's Office Building
21 Highland Ave, Suite 12
Newburyport, MA 01950

**Northeast Rehabilitation
Hospital Outpatient Dept.**
70 Butler Street
Salem, NH 03079

Westford Commons
234 Littleton Road, Suite D
Westford, MA 01886

Phone for all locations:
(978) 687-2321
Fax for all locations:
(978) 722-7289