



RENUNCIA DE REFERENCIA

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

Reconozco que no tengo referencia para la visita de hoy, y sere responsable del pago por los servicios prestados.

Esta renuncia sera valida para todos los servicios prestados a partir de esta fecha en adelante siempre que permanezca en New England Neurological Associates.

Firma del Paciente: _____

Riverwalk
354 Merrimack Street
Lawrence, MA 01843

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

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

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

Chelmsford
25 Fletcher Street
Chelmsford, MA 01824

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

Phone for all locations:
(978) 687-2321
(603) 882-2114

Fax for all locations:
(978) 722-7289