

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Género: M F
 Dirección del Paciente: _____
 Ciudad, Estado, Código Postal: _____
 Paciente Teléfono Móvil: _____ Teléfono de la Casa: _____ Correo Electrónico Autorizado: _____
 Nombre del Contacto Autorizado: _____ Teléfono del Contacto Autorizado: _____
 ¿Está este paciente actualmente siendo visto por una hogar de agencia de salud (HHA)? Sí No Fecha de la descarga: _____
 ¿Es este paciente actualmente en hospicio? Sí No

SEGURO DE PACIENTE INFORMACIÓN

Seguro Primario: _____ Póliza #: _____ Grupo #: _____
 Seguro Secundario: _____ Póliza #: _____ Grupo #: _____
 Otro Seguro: _____ Póliza #: _____ Grupo #: _____

INFORMACIÓN DEL DOCTOR

Nombre del Médico: _____ NPI # del Médico: _____
 Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____
 El nombre del contacto principal: _____ Teléfono #: _____ Fax #: _____

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SE REFIERE

Referido por: _____ Refiriéndose Organización: _____
 Teléfono del Referido: _____ Correo Electrónico del Referido: _____

REPRESENTANTE HCD INFORMACIÓN

El nombre del representante HCD: _____

SUMINISTROS NECESARIOS (Complete todos los que apliquen)

SUMINISTROS DE UROLOGÍA

- Catéter Intermitente
- Catéter Externo Masculino
- Catéter Foley
- Sistemas de Recolección urinarios

SUMINISTROS DE CUIDADO DE HERIDAS

- Gasa Gasa Enrollada
- ABD Almohadillas Cinta Adhesiva
- Otros: _____

SUMINISTROS DE OSTOMÍA

- # del producto _____
- # del producto _____
- # del producto _____
- # de otros _____

SUMINISTROS ADICIONALES/NOTAS

SUMINISTROS PARA LA INCONTINENCIA



- Toalla de Incontinencia**
 Ligero
 Moderado
 Grueso

- Pañal**
 Pediátrico Grande
 Pequeño Extra Grande
 Mediano XX-Grande

- Calzoncillos de Protección**
 Pediátrico Grande
 Pequeño Extra Grande
 Mediano XX-Grande

- Barrera Crema Guantes Otros _____

SUMINISTROS PARA DIABÉTICOS*

El paciente necesita un medidor: Sí No
 Frecuencia de las pruebas de glucosa en sangre: _____ veces/día
 Se utiliza la insulina? Sí No
 Número de inyecciones por día: _____ veces/día
 Jeringas: 3/10 cc 1/2 cc 1 cc
 * HCD ya no proporciona suministros para la diabetes a los clientes que tienen Medicare como su seguro primario (planes de Medicare Advantage y la mayoría los otros seguros son aceptables).

El paciente ha sido informado de que Home Care Delivered pondrá en contacto con ellos con respecto a los suministros médicos.



MM DD YY



 Médico, enfermera o miembro del personal autorizado a firmar en nombre del médico de referencia.