

Servicios y suministros

Equipamiento médico

¿Necesita el paciente algún equipamiento médico o suministro en particular? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué tipo de equipamiento médico? (Marque todos los que correspondan)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bastón | <input type="checkbox"/> Suministros para colostomía |
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas | <input type="checkbox"/> Oxígeno |
| <input type="checkbox"/> Cama de hospital | <input type="checkbox"/> Configuración intravenosa |
| <input type="checkbox"/> Andador | <input type="checkbox"/> Respirador |
| <input type="checkbox"/> Otro (como pañales y guantes descartables) | |

¿Fue pedido este equipamiento médico? Sí No

En caso afirmativo, ¿adónde? _____

Número de teléfono: _____

Planes de entrega: _____

Instrucciones especiales: _____

Otras notas (renta, copago, entrega): _____

Servicios de asistencia domiciliaria

¿Está el paciente siendo referido para recibir los servicios de asistencia domiciliaria?

Sí No

En caso afirmativo, ¿de qué tipo? (Marque todos los que correspondan)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Enfermería (para tareas médicas como cuidado de heridas) | <input type="checkbox"/> Fisioterapia (PT) |
| <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional (OT) | <input type="checkbox"/> Foniatría |
| <input type="checkbox"/> Cuidador domiciliario (asistente) | |
| <input type="checkbox"/> Otro (como comidas a domicilio) _____ | |

Nombre de la agencia de cuidado domiciliario: _____

Número de teléfono: _____

Fecha y hora de la primera visita: _____

Razón de la visita: _____

Seguimiento

Comidas especiales y dieta

¿Necesita el paciente alguna comida en especial o dieta? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué comida o dieta? _____

¿Tiene alguna limitación para realizar alguna actividad, como bañarse o levantar elementos pesados?
 Sí No

En caso afirmativo, ¿cuáles son estas limitaciones? _____

Notas y preguntas: _____

Exámenes médicos

¿Ha realizado el paciente exámenes médicos (por ejemplo, una tomografía computada, radiografía, examen de sangre u orina) de los cuales usted no tenga los resultados? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuáles son estos exámenes? _____

Examen 1. ¿Cuándo estarán listos los resultados de este examen? _____

¿A quién debo llamar para obtener los resultados? _____

Examen 2. ¿Cuándo estarán listos los resultados de este examen? _____

¿A quién debo llamar para obtener los resultados? _____

Si hay más exámenes de los cuales se esperan los resultados, por favor adjunte una hoja adicional con la información que se muestra más arriba.

Citas

¿Tiene el paciente alguna cita de seguimiento fuera de su hogar? Sí No

En caso afirmativo, por favor responda las siguientes preguntas para cada cita:

1. Cita de seguimiento

¿Con quién es la cita? _____

¿Cuál es la razón de esta cita? _____

¿En qué fecha es esta cita? _____

¿A qué hora es esta cita? _____

¿Dónde es la cita? _____

Número de teléfono para la cita: _____

¿Cómo llegará el paciente a la cita (transporte)? _____

Notas y preguntas:

2. Cita de seguimiento

¿Con quién es la cita? _____

¿Cuál es la razón de esta cita? _____

¿En qué fecha es esta cita? _____

¿A qué hora es esta cita? _____

¿Dónde es la cita? _____

Número de teléfono para la cita: _____

¿Cómo llegará el paciente a la cita (transporte)? _____

Notas y preguntas:

Si hay más citas de seguimiento, por favor adjunte una hoja adicional con la información que se muestra más arriba.

