

Para procesar el presente formulario, complete todas las áreas.

Persona que completa el formulario: _____ Teléfono: _____

Relación con el/la paciente: _____ Correo electrónico: _____

- Urgente (se le vio 3 días hábiles después de haberse autorizado clínicamente)
 De rutina (se le vio 7 días hábiles después de haberse autorizado clínicamente)

Diagnóstico o problema: _____

Sección 1: Nombre e información de el/la paciente tal como aparece en su identificación

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino

Dirección donde se verá a el/la paciente (**debe ser en el Condado de Harris**):

Teléfono: _____ Número del Seguro Social: _____

Seguro: _____ Teléfono del seguro: _____ Nro. de identificación de miembro: _____

Contacto para casos de emergencia: _____ Relación con el/la paciente: _____

Teléfono del contacto para casos de emergencia: _____

Sección 2: Lugar donde tendrá lugar la llamada domiciliaria

- Llamadas domiciliarias de UT de LBJ
(Medicina Paliativa, Geriátrica y Familiar)
 Llamadas domiciliarias de BT de Baylor (Geriátrica)

Sección 3: Razón que motiva la llamada domiciliaria (marque todas las opciones que correspondan)

- No puede salir de la casa (confinado/a)
 Necesita una ambulancia para salir de la casa (confinado/a)
 Cuidados para controlar los síntomas (cuidados paliativos)
 Preocupación por las caídas frecuentes en el hogar
 Coordinación de la atención con el centro a domicilio
 Otro: _____

Sección 4: Exclusiones clínicas del servicio de llamada domiciliaria (no aceptamos pacientes que se encuentran en cualquiera de los siguientes casos):

*Pacientes con un dispositivo de asistencia ventricular izquierdo (LVAD) – Paciente con nutrición parenteral total (TPN)
Pacientes con respirador – Pacientes ingresados a servicios de cuidados paliativos, centros de enfermería especializada o cuidados intensivos a largo plazo*

Sección 5: A continuación, adjunte copia de toda la información clínica y demográfica:

- Licencia de conducir, identificación o pasaporte con foto emitido/a por el Estado
 Tarjeta del seguro; copia de ambos lados; hoja demográfica hospitalaria
 Historial, examen físico, resultados de laboratorio y resumen de alta
 Lugar y fecha donde fue internado(a) la última vez (nombre del centro y ubicación): _____

Información de contacto del médico de atención primaria:

Nombre: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Número de teléfono: _____ ¿Puede recibir mensajes de texto (SMS)? **S/N**

(Las notificaciones sobre las citas y la llegada del médico se envían a través de mensaje de texto)

Identificación del paciente:

HARRISHEALTH
SYSTEM

Solicitud de servicios de llamadas domiciliarias

Lunes a viernes de 8 a. m. a 4:30 p. m.

Teléfono: 713-814-4505 Fax: 713-440-5585

Correo electrónico: housecallprogram@harrishealth.org