

Es necesario completar todas las áreas para procesar el formulario.

Persona que llena el formulario: _____ Teléfono: _____

Relación con el paciente: _____ Correo electrónico: _____

Urgente

Rutina

Diagnóstico o problema: _____

Sección 1 – Nombre del paciente y la información que aparece en ID

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: Masculino Femenino

Dirección donde se verá al paciente (en condado de Harris):

Teléfono: _____ Número de Seguro Social: _____

Seguro médico: _____ # de contacto seguro: _____ # de identificación: _____

Nombre y número de emergencia: _____

Sección 2 – Ubicaciones del visitas a domicilio

Visita a Domicilio de UT LBJ (Paliativo, Geriátrico, Medicina Familiar)

Visita a Domicilio de Baylor (Geriátrico)

Días de servicio y horarios preferentes para visita:

(sujetos a cambio)

Sección 3 – Razón para la vista en casa

(marque todas las razones)

No puede salir de su casa (confinada a la casa)

Necesita ambulancia para salir de casa

Frecuentes visitas a la sala de emergencia

Faltó a dos más citas consecutivas en la clínica

Cuidado para alivio de síntomas (cuidados paliativos)

Otros: _____

Sección 4 – Adjnte la información clínica y demográfica

Copia de las siguientes documentos del paciente:

Licencia de conducir emitida por el estado, identificación o pasaporte con foto

Copia (por ambos lados) de la tarjeta de seguro médico

Historia y examen físico, resultados de laboratorio, resumen de dada de alta

Lugar y fecha de últimas admisiones al hospital: _____

Nombre (letra de molde): _____ Fecha: _____

Firma: _____

Médico de cabecera:

Nombre: _____

Teléfono #: _____

Fax #: _____

Identificación del paciente:

HARRISHEALTH
SYSTEM

SOLICITUD PARA LOS SERVICIOS DE VISITAS EN CASA

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

Correo electrónico: housecallprogram@harrishealth.org

283642 | 06.15 | Back