

PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR (IHSS) ACOMPAÑAMIENTO A LA CITA MÉDICA

Fecha:

Nombre del beneficiario:

Número del caso:

Estimado profesional autorizado del cuidado de la salud:

Este paciente/beneficiario de IHSS ha declarado que necesita ayuda para asistir a las citas médicas. Se le pide que indique en este formulario la frecuencia con la que usted atiende a este paciente en un año (semanal, mensual, bianual, etc.) y la duración típica de esas citas (15, 20, 30, 60 minutos).

La asistencia del proveedor de IHSS está disponible para transportarlo cuando se requiere la presencia del beneficiario hasta donde tenga que ir y dicha asistencia es necesaria para acompañar al beneficiario para llevarlo y traerlo a las citas con los médicos, dentistas y otros practicantes de la salud. El acompañamiento a la visita médica **no está destinado** con el propósito de transportar al beneficiario a un centro médico, sino que sólo se autorizará cuando el beneficiario necesite asistencia para realizar el viaje.

Con el fin de ayudar al trabajador social en la evaluación de este servicio, complete la siguiente información y devuélvala a la oficina del Condado.

NOMBRE Y TÍTULO DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA:	NÚMERO DE TELÉFONO:	FIRMA/FECHA:
TIPO DE PRÁCTICA:	FRECUENCIA DE CITAS POR AÑO:	DURACIÓN/TIEMPO QUE PASÓ EN LA CITA:

OTRO PROVEEDOR MÉDICO:	NÚMERO DE TELÉFONO:	FIRMA/FECHA:
TIPO DE PRÁCTICA:	FRECUENCIA DE CITAS POR AÑO:	DURACIÓN/TIEMPO QUE PASÓ EN LA CITA:

OTRO PROVEEDOR MÉDICO:	NÚMERO DE TELÉFONO:	FIRMA/FECHA:
TIPO DE PRÁCTICA:	FRECUENCIA DE CITAS POR AÑO:	DURACIÓN/TIEMPO QUE PASÓ EN LA CITA:

DEVUELVA ESTE FORMULARIO AL: (DEPARTAMENTO DE BIENESTAR PÚBLICO DEL CONDADO)

(Añada la dirección del Condado aquí)
