

**SOLICITUD DE ORDEN Y CONSENTIMIENTO -
SERVICIOS PARAMÉDICOS**

NOMBRE DEL PACIENTE

NÚMERO DE IDENTIFICACION DE MEDI-CAL

Para:

┌

┐

└

┘

Estimado Doctor:

Este paciente ha solicitado Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) y declaró que necesita ciertos servicios paramédicos para poder permanecer en su casa. Por favor indique en este formulario que servicios específicos se necesitan y que condición específica requiere los servicios.

Los Servicios de Apoyo en el Hogar están autorizados a financiar la prestación de servicios paramédicos, si usted los solicita para este paciente. Para el propósito de este programa, los servicios paramédicos son actividades que, debido a la condición física o mental del beneficiario, son necesarios para mantener la salud del beneficiario y que el beneficiario realizaría por sí mismo si no tuviera una discapacidad funcional. Estos servicios serán proporcionados por proveedores del Servicios de Apoyo en el Hogar que no tienen licencia para ejercer una profesión de atención médica y rara vez se capacitaran en la prestación de servicios de atención médica. En caso en que usted ordene servicios, usted será responsable de dirigir la prestación de los servicios paramédicos.

Su examen de este paciente es reembolsable a través de Medi-Cal como una visita al consultorio, siempre y cuando se cumplan todos los requisitos aplicables de Medi-Cal.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese conmigo.

FIRMA	TÍTULO	NÚMERO DE TELEFONO	FECHA
-------	--------	--------------------	-------

PARA SER COMPLETADO POR UN PROFESIONAL CON LICENCIA

NOMBRE DEL PROFESIONAL CON LICENCIA	TELEFONO DE LA OFICINA
-------------------------------------	------------------------

DIRECCION DE LA OFICINA (SI NO SE MENCIONA ANTERIORMENTE)

TIPO DE PRÁCTICA

TIPO DE PRÁCTICA

 Médico/Cirujano Podólogo Dentista**CONTINÚA EN LA
PARTE DE ATRAS****REGRESAR A: (DEPARTAMENTO DE BIENESTAR DEL CONDADO)**

┌

┐

└

┘

¿El paciente tiene una condición médica que resulta en la necesidad de servicios paramédicos de IHSS? Si la respuesta es Sí, enumere la(s) condición(es) a continuación:

SÍ NO

Enumere los servicios paramédicos que son necesarios y que deberían ser proporcionados por el IHSS según su criterio profesional.

TIPO DE SERVICIO	TIEMPO NECESARIO PARA REALIZAR EL SERVICIO CADA VEZ QUE SE REALIZA	FRECUENCIA*		¿CUÁNTO TIEMPO SE DEBE PROPORCIONAR ESTE SERVICIO?
		# DE VECES	DURACIÓN	

*Indique el número de veces que debe proporcionarse un servicio durante un periodo de tiempo específico: (Ejemplo: dos veces al día, etc.)

Otros comentarios:

SI CONTINUA EN OTRA HOJA
MARQUE AQUÍ

CERTIFICACIÓN

Certifico que tengo licencia para ejercer en el estado de California tal como lo he especificado anteriormente y que esta orden está dentro del ámbito de mi práctica. En mi opinión, los servicios que he ordenado son necesarios para mantener la salud del beneficiario y el beneficiario podría realizarlos por sí mismo si no tuviera una discapacidad funcional.

Yo proporcionaré la orientación que sea necesaria, en mi opinión, para la provisión de los servicios ordenados.

He informado al beneficiario de los riesgos asociados con la prestación de los servicios solicitados por su proveedor de IHSS.

FIRMA

FECHA

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

He sido informado de los riesgos asociados con la prestación de los servicios enumerados anteriormente y doy mi consentimiento para la prestación de estos servicios por parte de mi proveedor de servicios de apoyo en el hogar.

FIRMA

FECHA