

SOLICITUD PARA PEDIR Y CONSENTIR - SERVICIOS PARAMÉDICOS

| |
|---------------------------------------|
| Nombre del paciente: |
| Número de identificación de Medi-Cal: |

PARA:

| | |
|---|---|
| ┌ | └ |
| └ | ┌ |

Estimado Doctor:

Este paciente solicitó servicios de apoyo en el hogar (IHSS) y declaró que necesita ciertos servicios paramédicos para poder permanecer en casa. Se le solicita que indique en este formulario qué servicios se necesitan y qué condición específica requieren los servicios.

Los servicios de apoyo en el hogar están autorizados a financiar la prestación de servicios paramédicos, en caso de ser solicitados para este paciente. A efectos de este programa, los servicios paramédicos son actividades que, debido a la condición física o mental del beneficiario, son necesarias para mantener su salud y que el beneficiario realizaría por sí mismo si no tuviera una discapacidad funcional. Estos servicios se prestarán por proveedores de servicios de apoyo en el hogar que no tienen licencia para ejercer una profesión de atención médica y, seguramente, no recibieron capacitación en la prestación de servicios de atención médica. Si solicita los servicios, usted será el responsable de dirigir la prestación de los servicios paramédicos.

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

Si tiene alguna pregunta, por favor póngase en contacto conmigo.

| | |
|----------|---------------------|
| Firmado: | Número de teléfono: |
| Cargo: | Fecha: |

CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA

DEVOLVER A: (DEPARTAMENTO DE BIENESTAR DEL CONDADO)

| | |
|---|---|
| ┌ | └ |
| └ | ┌ |

PARA COMPLETAR POR UN PROFESIONAL LICENCIADO

| | |
|---|----------------------|
| Nombre del profesional autorizado: | Teléfono de oficina: |
| Dirección de la oficina (si aún no figura en la lista): | |
| Especialidad: <input type="checkbox"/> Médico / cirujano <input type="checkbox"/> Podólogo <input type="checkbox"/> Dentista | |

¿Tiene el paciente una condición médica que presente la necesidad de los servicios paramédicos del IHSS? En caso afirmativo, indique las condiciones a continuación: SÍ NO

Enumere los servicios paramédicos que son necesarios y que los IHSS deben prestar según su criterio profesional.

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

| TIPO DE SERVICIO | TIEMPO REQUERIDO CADA VEZ QUE SE REALICE EL SERVICIO | FRECUENCIA* NÚM. DE VECES | FRECUENCIA* PERIODO DE TIEMPO | ¿CUÁNTO TIEMPO DEBE PRESTARSE ESTE SERVICIO? |
|------------------|--|---------------------------|-------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Comentarios adicionales:

CERTIFICACIÓN

Certifico que tengo licencia para ejercer en el Estado de California como se especifica anteriormente y que está dentro de mi especialidad. En mi opinión, los servicios que he ordenado son necesarios para mantener la salud del beneficiario y podrían ser realizados por él mismo si no tuviera una discapacidad funcional.

Proporcionaré la dirección que sea necesaria, a mi juicio, en la prestación 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

Me han informado sobre los riesgos asociados con la prestación de los servicios enumerados anteriormente y doy mi consentimiento para que mi proveedor de servicios de apoyo en el hogar me proporcione estos servicios.

| | |
|--------|--------|
| Firma: | Fecha: |
|--------|--------|