

برنامه خدمات مراقبت در منزل (IHSS) همراهی به ملاقات های پزشکی

نام گیرنده:
شماره پرونده:

تاریخ:

متخصص بهداشت حرفه ای دارای مجوز گرامی:

این بیمار / گیرنده IHSS اظهار داشته است که برای حضور در ملاقات های پزشکی نیاز به کمک دارد. از شما خواسته شده است که تکرار ملاقات های این بیمار در یک سال (هفتگی، ماهانه، دو بار در سال، و غیره) و مدت زمان معمولی این ملاقات ها (15، 20، 30، 60 دقیقه) را در این فرم مشخص کنید.

در صورت لزوم حضور گیرنده در مقصد، کمک توسط ارائه دهنده IHSS برای حمل و نقل در دسترس است و این کمکها برای انجام سفر به و از ملاقات ها با پزشکان، دندانپزشکان، و سایر پزشکان ضروری است. همراهی پزشکی به منظور حمل و نقل به یک مرکز پزشکی در نظر گرفته نشده است، بلکه فقط در صورتی مجاز است که گیرنده برای سفر به آنجا نیاز به کمک داشته باشد.

لطفاً اطلاعات زیر را برای کمک به مددکار اجتماعی در ارزیابی این خدمات، تکمیل کرده و آن را به اداره شهرستان بازگردانید.

نام و عنوان - پزشک مراقبت اولیه:	شماره تلفن:	امضاء/تاریخ:
نوع تخصص:	تکرار ملاقات های این بیمار در یک سال:	مدت زمان / طول مدت ملاقات:

پزشک ارائه دهنده دیگر:	شماره تلفن:	امضاء/تاریخ:
نوع تخصص:	تکرار ملاقات های این بیمار در یک سال:	مدت زمان / طول مدت ملاقات:

پزشک ارائه دهنده دیگر:	شماره تلفن:	امضاء/تاریخ:
نوع تخصص:	تکرار ملاقات های این بیمار در یک سال:	مدت زمان / طول مدت ملاقات:

لطفاً برگردانید به: (بخش رفاه شهرستان)
(نشانی شهرستان را در اینجا اضافه کنید.)
