

PROGRAMA NG SERBISYONG PANTAGUYOD SA LOOB NG TAHANAN (IHSS) PAGSAMA SA TIPANANG PANGMEDIKAL

Petsa:

Pangalan ng Tagatanggap:

Numero ng Kaso:

Sa Lisensiyadong Propesyonal sa Pangangalaga ng Kalusugan:

Ang pasyente/tagatanggap ng IHSS na ito ay sinabi na kailangan niya ng tulong na dumalo sa mga tipanang pangmedikal. Hiniling sa iyo na ipahiwatig sa form na ito ang dalas ng pagbisita ng pasyenteng ito sa isang taon (lingguhan, buwanan, dalawang beses sa isang taon, atbp.) at ang pangkaraniwang tagal ng mga tipanang iyon (15, 20, 30, 60 minuto).

Ang tulong ng tagabigay ng IHSS ay maaaring para sa transportasyon kapag kinakailangan na nandoon ang tagatanggap sa patutunguhan at ang tulong ay kinakailangan upang maisakatuparan ang paglalakbay papunta at mula sa mga tipanan sa doktor, dentista at iba pang mga nagsasanay sa kalusugan. Ang Medical Accompaniment **ay hindi inilaan** para sa layunin ng transportasyon sa isang medikal na pasilidad, sa halip ito ay pahihintulutan lamang kapag ang tagatanggap ay nangangailangan ng tulong upang maisakatuparan ang paglalakbay.

Upang matulungan ang social worker sa pagtatasa ng serbisyong ito, mangyaring kumpletuhin ang sumusunod na impormasyon at ibalik ito sa tanggapan ng county.

PANGALAN AT TITULO NG PANGUNAHING MANGGAGAMOT SA PANGANGALAGA:	NUMERO NG TELEPONO:	LAGDA/PETSA:
URI NG KASANAYAN:	DALAS NG MGA TIPANAN BAWAT TAON:	TAGAL/HABA NG ORAS NG TIPANAN:

IBA PANG TAGABIGAY NG MEDIKAL:	NUMERO NG TELEPONO:	LAGDA/PETSA:
URI NG KASANAYAN:	DALAS NG MGA TIPANAN BAWAT TAON:	TAGAL/HABA NG ORAS NG TIPANAN:

IBA PANG TAGABIGAY NG MEDIKAL:	NUMERO NG TELEPONO:	LAGDA/PETSA:
URI NG KASANAYAN:	DALAS NG MGA TIPANAN BAWAT TAON:	TAGAL/HABA NG ORAS NG TIPANAN:

IBALIK SA: (COUNTY WELFARE DEPARTMENT)

(Ilagay ang direksiyon ng county dito)
