

KAHINGAN PARA SA ORDER AT PAHINTULOT - SERBISYONG PARAMEDIKAL

PANGALAN NG PASYENTE

NUMERO NG PAGKAKAKILANLAN SA MEDI-CAL

PARA KAY:

┌

┐

└

┘

Para Sa Doktor:

Ang pasyenteng ito ay nag-aplay para sa In-Home Supportive Services (IHSS) at sinabing kailangan niya ng ilang partikular na serbisyong paramedikal para manatili siya sa bahay. Hinihiling sa iyo na ipahiwatig sa form na ito kung anong mga partikular na serbisyo ang kailangan at kung anong partikular na kondisyon ang nangangailangan ng mga serbisyo.

Ang In-Home Supportive Services ay awtorisado na pondohan ang pagbibigay ng mga serbisyong paramedikal, kung iutos mo ang mga ito para sa pasyenteng ito. Para sa layunin ng programang ito, ang mga serbisyong paramedikal ay mga aktibidad na, dahil sa pisikal o mental na kondisyon ng tagatanggap, ay kinakailangan upang mapanatili ang kalusugan ng tagatanggap at maaring gawin ng tagatanggap para sa kanyang sarili kung wala siyang kapansanan sa paggana. Ang mga serbisyong ito ay ibibigay ng mga tagabigay ng In-Home Supportive Services na hindi lisensiyado sa kasanayan ng propesyon sa pangangalagang pangkalusugan at bihirang magsasanay sa pagbibigay ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan. Kung mag-order ka ng mga serbisyo, magiging responsable ka sa pagdidirekta sa pagbibigay ng mga serbisyong paramedikal.

Ang iyong pagsusuri sa pasyenteng ito ay maaaring bayaran sa pamamagitan ng Medi-Cal bilang isang pagbisita sa opisina sa kondisyon na ang lahat ng iba pang naaangkop na mga kinakailangan ng Medi-Cal ay natutugunan.

Kung mayroon kang anumang mga katanungan, mangyaring makipag-ugnayan sa akin.

PIRMA

PETA

NUMERO NG TELEPONO

PETA

PARA KUMPLETUHIN NG LISENSIYADONG PROPESYONAL

PANGALAN NG LISENSIYADONG PROPESYONAL

TELEPONO NG OPISINA

ADDRESS NG OPISINA (KUNG HINDI NAKALISTA SA ITAAS)

URI NG KASANAYAN

URI NG KASANAYAN

 Physician/Surgeon Podiatrist Dentist

IPAGPATULOY SA LIKOD

IBALIK SA: (COUNTY WELFARE DEPARTMENT)

┌

┐

└

┘

Ang pasyente ba ay may kondisyong medikal na nagreresulta sa pangangailangan para sa mga serbisyong paramedikal ng IHSS?" Kung OO, ilista ang (mga) kondisyon sa ibaba:

OO

HINDI

Ilista ang mga serbisyong paramedikal na kailangan at dapat ibigay ng IHSS sa iyong propesyonal na paghatol.

URI NG SERBISYO	KINAKAILANGANG ORAS PARA ISAGAWA ANG SERBISYO SA BAWAT ORAS NA GINAGAWA	DALAS*		GAANO KATAGAL DAPAT IBIGAY ANG SERBISYONG ITO?
		ILANG BESES	HABA NG ORAS	

* Ipahiwatig ang dami ng beses na dapat ibigay ang isang serbisyo para sa isang partikular na yugto ng panahon: (Halimbawa: dalawang beses araw-araw, atbp.)

Karagdagang mga komento:

KUNG IPAGPATULOY SA IBANG PAPEL, LAGYAN NG TSEK DITO

SERTIPIKASYON

Pinatutunayan ko na ako ay lisensyado na magsanay sa Estado ng California tulad ng tinukoy sa itaas at ang kautusang ito ay nasa saklaw ng aking pagsasanay. Sa aking pasya ang mga serbisyong iniutos ko ay kinakailangan upang mapanatili ang kalusugan ng tagatanggap at maaaring gawin ng tagatanggap para sa kanyang sarili kung wala siyang kapansanan sa paggana.

Magbibigay ako ng ganitong direksyon kung kinakailangan, sa aking paghuhusga, sa pagkakaloob ng mga iniutos na serbisyo.

Ipinaalam ko sa tatanggap ang mga panganib na nauugnay sa pagkakaloob ng mga iniutos na serbisyo ng kanyang tagabigay ng IHSS.

LAGDA

PETSA

PAHINTULOT NG PASYENTE

Pinayuhan ako tungkol sa mga panganib na nauugnay sa pagbibigay ng mga serbisyo na nakalista sa itaas at pagpayag sa pagbibigay ng mga serbisyong ito ng aking tagabigay ng In-Home Supportive Services.

LAGDA

PETSA