



- Remisión nueva
 Orden(es) de paciente establecido

Sin cargo al: 1.888.833.2323

Señale con un círculo un número de fax

512.973.9323 361.854.3915 682-708-3806 915.626.5045 682.708.3806 210.694.7800 956.627.0724
Austin Corpus Christi Dallas El Paso Fort Worth San Antonio RGV

Remisión de: _____ Teléfono: _____ Hora/Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ M F Fecha de Nac.: _____ Estatura: _____ Peso: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Diagnóstico: _____ N° de SS: _____ Inicio de cuidados: _____

Duración de la necesidad: _____ Fecha de alta: _____ Hospital: _____

Habitación: _____ Las alergias: _____

Persona a llamar en una emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Seguro primario: _____ # del seguro: _____ # del grupo: _____

Seguro secundario: _____ # del seguro: _____ # del grupo: _____

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nebulizador con estuche | <input type="checkbox"/> **Presión positiva continua en las vías respiratorias _____ |
| <input type="checkbox"/> Inodoro al lado de cama | Accesorios _____ |
| <input type="checkbox"/> *Silla de ruedas manual _____ tamaño | <input type="checkbox"/> **Presión positiva de dos niveles en las vías respiratorias |
| <input type="checkbox"/> *Andador _____ tamaño | Presión positiva inspiratoria en las vías respiratorias _____ |
| <input type="checkbox"/> *Bastón _____ tamaño | Presión positiva espiratoria en las vías respiratorias _____ |
| <input type="checkbox"/> *Cama de hospital _____ tamaño | Accesorios _____ |
| <input type="checkbox"/> Cubierta de colchón de gel | <input type="checkbox"/> Sillas de ruedas eléctricas |
| <input type="checkbox"/> Colchón antiescara de aire dinámico | <input type="checkbox"/> Sonda de alimentación <input type="checkbox"/> Bomba <input type="checkbox"/> Bolus |
| <input type="checkbox"/> Prueba del sueño | Fórmula _____ Cuenta de calorías por hora _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | Latas por día _____ |
| <input type="checkbox"/> Oxígeno _____ Saturación de O ₂ a temperatura ambiente _____ Litros por minuto _____ Frecuencia _____ | <input type="checkbox"/> Terapia de presión negativa para heridas Tamaño de la gasa _____ Tamaño del hule _____ Tamaño del depósito _____ |
| | Notas: _____ |

*Se requiere la estatura y el peso **Favor de entregar el estudio de sueño

- Enfermería especializada _____ Terapia del habla _____ Visitas médicas a domicilio _____
 Terapia ocupacional _____ Terapia física _____
 Trabajadores sociales certificados _____ Servicio o notas: _____

Nombre del médico: _____ Clínica: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Firma del médico: _____ Identificador Nacional de Proveedores: _____

Fecha: _____

¡Gracias por su remisión! Homecare Dimensions, Inc.

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA # Identificación del paciente: _____ Orden#: _____

Especialista de admisión: _____