

Sin cargo al: 1.888.833.2323

Fax: 904.619.6271

Datos demográficos y portada anexa

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

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

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Enfermería especializada _____ | <input type="checkbox"/> Terapia del habla _____ | <input type="checkbox"/> Visitas médicas a domicilio _____ |
| <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional _____ | <input type="checkbox"/> Terapia física _____ | |
| <input type="checkbox"/> 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: _____

Sin cargo al: 1.888.833.2323

Fax: 407.949.0929

Datos demográficos y portada anexa

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

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

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Enfermería especializada _____ | <input type="checkbox"/> Terapia del habla _____ | <input type="checkbox"/> Visitas médicas a domicilio _____ |
| <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional _____ | <input type="checkbox"/> Terapia física _____ | |
| <input type="checkbox"/> 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: _____

Sin cargo al: 1.888.833.2323

Fax: Jacksonville 904.619.6271 Orlando 407.949.0929

Datos demográficos y portada anexa

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

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

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Enfermería especializada _____ | <input type="checkbox"/> Terapia del habla _____ | <input type="checkbox"/> Visitas médicas a domicilio _____ |
| <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional _____ | <input type="checkbox"/> Terapia física _____ | |
| <input type="checkbox"/> 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: _____