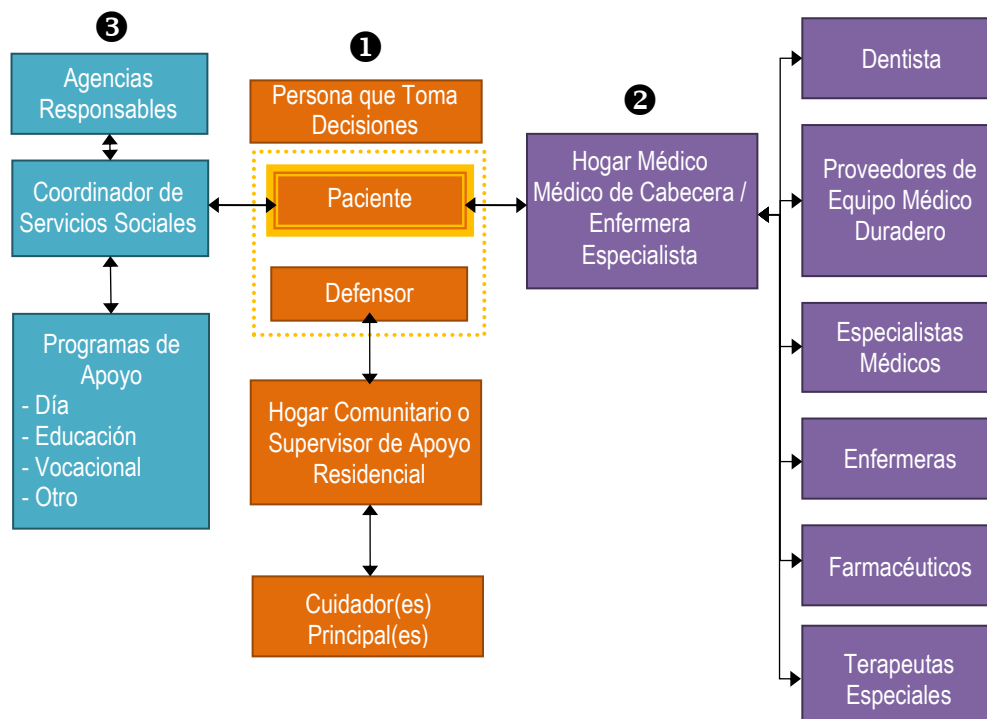




Office of Developmental Primary Care

Mejorando la salud de las personas con discapacidades de desarrollo

Formulario del Equipo de Cuidado Médico Interdisciplinario



1 INFORMACIÓN DE PACIENTE

Nombre	Necesita?	Teléfono	Fax	Email	HIPAA Firmado?
Paciente:					<input type="checkbox"/>
Persona que Toma Decisiones (Legal):	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
Defensor:	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
Defensor Alternativo:	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
Supervisor del Hogar Comunitario:					<input type="checkbox"/>
Cuidador Principal:					<input type="checkbox"/>
Cuidador Principal:					<input type="checkbox"/>
Cuidador Principal de la Familia:					<input type="checkbox"/>
Cuidador Principal:					<input type="checkbox"/>
Cuidador Principal:					<input type="checkbox"/>
Supervisor de Apoyo Residencial:					<input type="checkbox"/>
Cuidador Principal:					<input type="checkbox"/>
Cuidador Principal:					<input type="checkbox"/>

IHCT CHART

② HOGAR MÉDICO (Centro Médico Principal)

Nombre	Teléfono	Fax	Email	HIPAA Firmado?
Nombre del Centro Médico:				<input type="checkbox"/>
Médico de Cabecera / Enfermera especialista:				<input type="checkbox"/>
Contacto Principal:				<input type="checkbox"/>

ESPECIALISTAS MÉDICOS

Nombre	Teléfono	Fax	Email	HIPAA Firmado?
Doctor:	Especialidad:			<input type="checkbox"/>
Doctor:	Especialidad:			<input type="checkbox"/>
Doctor:	Especialidad:			<input type="checkbox"/>
Doctor:	Especialidad:			<input type="checkbox"/>
Doctor:	Especialidad:			<input type="checkbox"/>

FARMACÉUTICO/A

Nombre	Teléfono	Fax	Email	HIPAA Firmado?
Farmacia:	Agencia:			<input type="checkbox"/>

DENTISTA

Nombre	Teléfono	Fax	Email	HIPAA Firmado?
Proveedor:	Agencia:			<input type="checkbox"/>
Contacto principal:				<input type="checkbox"/>

TERAPEUTAS ESPECIALES Y OTROS PROVEEDORES DE CUIDADOS DE SALUD

Nombre	Teléfono	Fax	Email	HIPAA Firmado?
Proveedor:	Agencia:			<input type="checkbox"/>
Proveedor:	Agencia:			<input type="checkbox"/>
Proveedor:	Agencia:			<input type="checkbox"/>
Proveedor:	Agencia:			<input type="checkbox"/>

PROVEEDORES DE EQUIPO MÉDICO DURADERO

Nombre	Teléfono	Fax	Email	HIPAA Firmado?
Proveedor:	Agencia:			<input type="checkbox"/>
Proveedor:	Agencia:			<input type="checkbox"/>

3 SERVICIOS SOCIALES

AGENCIA DE SERVICIOS SOCIALES

Nombre	Teléfono	Fax	Email	HIPAA Firmado?
Agencia:				<input type="checkbox"/>
Coordinador/a del caso:				<input type="checkbox"/>
Agencia Responsable:				<input type="checkbox"/>

PROGRAMA DE DÍA

Nombre	Teléfono	Fax	Email	HIPAA Firmado?
Programa de Día:				<input type="checkbox"/>
Contacto en Programa de Día:				<input type="checkbox"/>
Agencia Responsable:				<input type="checkbox"/>

EDUCACIÓN

Nombre	Teléfono	Fax	Email	HIPAA Firmado?
Escuela o Programa de Educación:				<input type="checkbox"/>
Contacto en Escuela o Programa de Educación:				<input type="checkbox"/>
Agencia Responsable:				<input type="checkbox"/>

PROGRAMA VOCACIONAL

Nombre	Teléfono	Fax	Email	HIPAA Firmado?
Programa Vocacional:				<input type="checkbox"/>
Contacto en Programa Vocacional:				<input type="checkbox"/>
Agencia Responsable:				<input type="checkbox"/>

OTRO PROGRAMA (CUALQUIER OTRO PROGRAMA DE APOYO)

Nombre	Teléfono	Fax	Email	HIPAA Firmado?
Programa:				<input type="checkbox"/>
Programa Contacto:				<input type="checkbox"/>
Agencia Responsable:				<input type="checkbox"/>