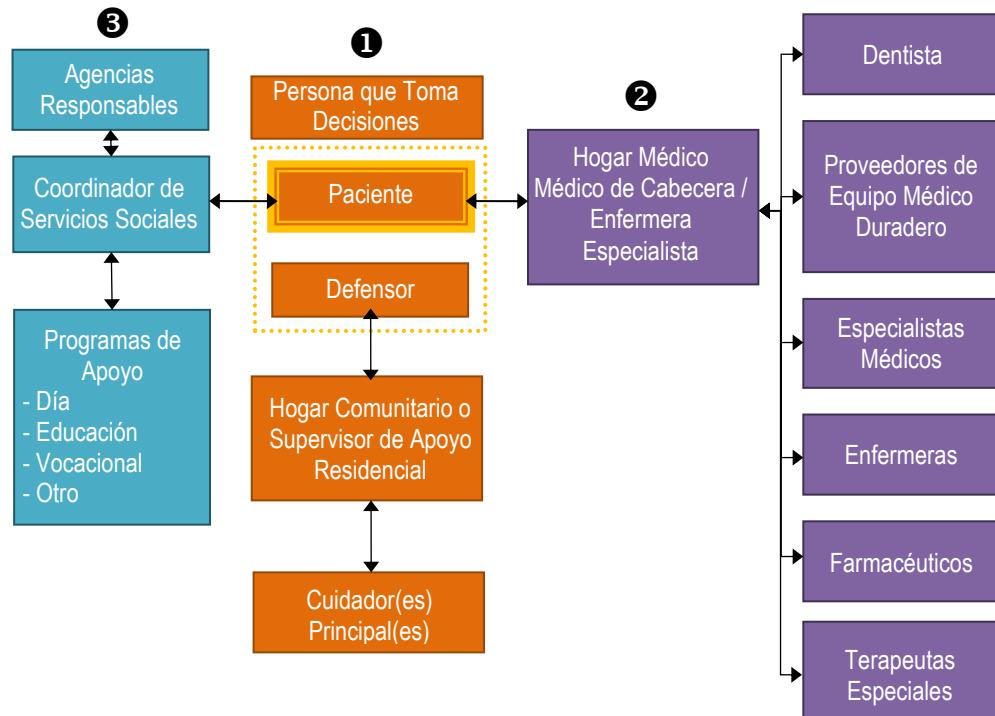




## Office of Developmental Primary Care

Mejorando la salud de las personas con discapacidades de desarrollo

### Formulario del Equipo de Cuidado Médico Interdisciplinario



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"/>