

Formulario para Solicitar Equipo Médico Durable

Nombre del Afiliado:		Número de Contrato:	Fecha:
<input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Masculino		Número de Teléfono:	
Dirección:	Peso:	Altura:	Alergias:
Nombre Médico que Refiere:	Fuente de Referido:		
	<input type="checkbox"/> Oficina Médica <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Facilidad de Enfermería Diestra <input type="checkbox"/> Hogar		
Dirección:	Número de Teléfono:	Número de Fax:	
Códigos de Diagnóstico	Diagnósticos:		
Referido a:	Número de Teléfono:	Número de Fax:	
Pendiente del Alta: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre de Facilidad:	Fecha de Admisión: / /	Fecha de Alta: / /

Alimentación en el Hogar: (Incluye: evaluación nutricional, calorías y dieta especial)

<input type="checkbox"/> Evaluación Nutricional	<input type="checkbox"/> Alimentación Parenteral	<input type="checkbox"/> Alimentación Enteral	<input type="checkbox"/> Máquina de Alimentación
Nombre:	Goteo por hora:	Calorías:	Método de Ingesta:

Equipo Médico Durable: (Cotejo de equipo que aplique)

↑ Tipo de andador:	CPM/Grados: _____	Flexión: _____	Extensión: _____
↑ Tipo de silla:	Tens/electrodos: _____	Calibración: _____	Frecuencia: _____
↑ Inodoro Portátil:	Máquina de Succión Catéter: _____ Tamaño: _____		
↑ Tipo de cama:	Monitor de Glucosa en Sangre:		
↑ Bastón o muleta:	Frecuencia de la Prueba:		
↑ "Seat Lift":	Glucómetro	Diario	Diabético: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
↑ Canvas:	Lancetero	2 veces al día	
↑ Urostomía/Ostomía (tamaño):	Tirillas	3 veces al día	Dependiente de Insulina: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
↑ Otros:	Lancetas	4 veces al día	
	Solución de Control		

Oxígeno:

Tipo: <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Líquido <input type="checkbox"/> Otro: _____	↑ _____ C-PAP _____ cmH2O _____ Bi-PAP _____ Ipap _____ Epap
Vía: <input type="checkbox"/> Canula Nasal <input type="checkbox"/> Mascarilla: _____	Frecuencia de Tratamiento: _____ /Días Frecuencia respiratoria _____ /Minutos
LPM: _____ / Horas: _____ / Días: _____	Calibración: _____
Tamaño Tanque: _____ Cantidad: _____ /l	Tamaño de mascarilla: _____ Elástico de la mascarilla ("Head Gear"): _____
Oximetría: Sat. O ₂ _____ % ↑ ABG's / PO ₂ : _____	Tiempo de necesidad: _____
Tiempo de Uso: _____	O ₂ LPM: _____ ↑ Humidificación _____
O ₂ : <input type="checkbox"/> Humidificador <input type="checkbox"/> "Conserving Device"	Incluye: Resultados de estudio del sueño / condiciones neuromusculares que justifiquen el uso del equipo.

Nebulizador ↑ Duración 2 meses o _____ Albuterol 0.083% or 2.5mg/3ml Frecuencia: _____ Ipratropium 0.02% or 0.5mg.2.5ml Frecuencia: _____ Albuterol 2.5 mg/3ml / Ipratropium 0.5mg Frecuencia: _____ Budesonide 0.25mg/2ml or 0.5 mg/2ml Frecuencia: _____ Xopenex 0.31/3ml or 0.63mg/3ml or 1.25 mg /3ml Frecuencia: _____	Nombre del Proveedor: (Letra de molde) Firma / Número de Licencia/ NPI:
---	--

Ventiladores (se requiere evaluación del paciente)

Para uso del Departamento de Preautorización

SIMV: _____ ↑ CMV: _____	<input type="checkbox"/> Aprobado	Número de autorización:
Especifique: _____ Tvol: _____	<input type="checkbox"/> Denegado	
Frecuencia respiratoria: _____ FIO2%: _____	Fecha de determinación:	Nombre de Enfermera(o) de Preautorizaciones: (Letra de Molde)
Presión: _____ Peep: _____		
Otros: _____		

Afiliados Plan Platino y No Platino enviar forma a: Clinical Medical Services al Fax. 787-622-3449