

Certificado de Necesidad Médica No-Emergente

Transportación en Ambulancia

Sección A: Información General (Esta parte deberá ser completada por el proveedor de la ambulancia)	Fecha de Servicio: ____/____/____
--	-----------------------------------

Nombre del Paciente:	Núm. de Identificación:
----------------------	-------------------------

Dirección:	Proveedor:
------------	------------

Teléfono:	Núm. de Identificación del Proveedor:
-----------	---------------------------------------

Sección B: Información del Traslado

☐ Ida
 ☐ Ida y vuelta

Desde:

☐ Hogar
☐ Hospital
☐ Oficina Médica
☐ Centro Renal
☐ Otro (especifique): _____

Hacia:

☐ Hogar
☐ Hospital
☐ Oficina Médica
☐ Centro Renal
☐ Otro (especifique): _____

Aviso importante: La transportación en ambulancia se cubre solo en los casos en que la condición física del paciente lo amerite.

Sección C: Certificado de Necesidad Médica (Esta parte la deberá completar únicamente el médico de cabecera/primario que ordena el servicio.)

Códigos de Diagnósticos:

Hallazgos y tratamientos:

Sección D: Firma y certificación del Médico que ordena

Yo, Dr. _____, con # licencia _____ certifico que la condición del paciente antes mencionado es tal que el uso de cualquier otro medio de transportación es contraindicado y el servicio se prestará según indicado.

Firma del Médico: _____

Fecha: ____/____/____
Mes Día Año

NPI: _____