

Certificación del Médico para Zapatos Terapéuticos

Nombre del Paciente: _____ Número de Contrato: _____

Yo certifico que las siguientes condiciones están presentes en el afiliado:

1. Afiliado tiene diabetes (tipo 1 o tipo 2).
2. Afiliado tiene una o más de las siguientes condiciones (favor de marcar lo que aplique):
- a. Historial de amputación parcial o completa.
 - b. Historial de úlceras en extremidad inferior (pies).
 - c. Historial de callo pre-úlcera.
 - d. Neuropatía periferal con evidencia de formación de callo.
 - e. Deformidad de pies.
 - f. Pobre circulación.
3. Estoy tratando a este paciente con un programa comprensivo de diabetes.
4. Este paciente necesita zapatos especiales por su diabetes.
-

Nombre del Médico: _____ # NPI: _____

Firma del Médico: _____ Fecha de Firma: _____

Dirección: _____ Teléfono: () _____ - _____

_____ Estado _____ Zip-Code _____ # Fax: () _____ - _____