

Certificado de Necesidad Médica

Silla de Baño

Sección A: Información General		Certificación: _____	Inicial: _____	Revisado: ____/____/____
Nombre del Paciente: _____		ID #: _____		
Dirección: _____		Médico que ordena: _____		
Teléfono: _____		NPI: _____		

Sección B: Criterios de Elegibilidad

Tiempo de necesidad (meses): _____	Código de Diagnóstico: _____
Respuestas (Circule S para Sí, N para No o NA para No Aplica)	
S N NA	¿Tiene alguna condición aguda (neurológico, motor o metabólico)?
S N NA	¿Puede el paciente transferirse a una silla o a la cama?
S N NA	¿Requiere estar sentado para bañarse?
S N NA	¿Está el paciente encamado(a)?
S N NA	¿Está en un hogar o está confinado al hogar?
S N NA	¿Requiere de asistencia para bañarse?

Por favor, con el propósito de mantener seguro al paciente y al cuidador, el paciente debe tener la capacidad de transferirse a la silla.

Sección C: Comentarios del Médico

Sección D: Firma y certificación del Médico que ordena

Certifico que la información anterior y la necesidad médica para el servicio solicitado es verdadera, exacta y completa.

Firma del Médico: _____

Fecha: ____/____/____ # Lic.: _____

Mes Día Año