

**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: ___/___/___ # NPI: _____
 Mes Día Año