

## Certificado de Necesidad Médica

### Silla de Baño

<b>Sección A: Información General</b>		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: _____
<b>Respuestas</b>	(Circule <b>S</b> para Sí, <b>N</b> para No o <b>NA</b> para No Aplica)
<b>S N NA</b>	¿Tiene alguna condición aguda (neurológico, motor o metabólico)?
<b>S N NA</b>	¿Puede el paciente transferirse a una silla o a la cama?
<b>S N NA</b>	¿Requiere estar sentado para bañarse?
<b>S N NA</b>	¿Está el paciente encamado(a)?
<b>S N NA</b>	¿Está en un hogar o está confinado al hogar?
<b>S N NA</b>	¿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