

Formulario para Solicitar Equipo Médico Durable

Nombre del Afiliado:		Número de Contrato:		Fecha:	
☐ Femenina ☐ Masculino		Número de Teléfono:			
Dirección:		Peso:	Altura:	Alergias:	
Nombre Médico que Refiere:		Fuente de Referido:			
		☐ Oficina Médica ☐ Hospital ☐ Facilidad de Enfermería Diestra ☐ Hogar			
Dirección:		Número de Teléfono:		Número de Fax:	
Códigos de Diagnóstico		Diagnósticos:			
Referido a:		Número de Teléfono:		Número de Fax:	
Pendiente del Alta: ☐ Sí ☐ No	Nombre de Facilidad:		Fecha de Admisión: / /		Fecha de Alta: / /

Alimentación en el Hogar: (Incluye: evaluación nutricional, calorías y dieta especial)

☐ Evaluación Nutricional	☐ Alimentación Parenteral	☐ Alimentación Enteral	☐ Máquina de Alimentación
Nombre:	Goteo por hora:	Calorías:	Método de Ingesta:

Equipo Médico Durable: (Cotejo de equipo que aplique)

↑ Tipo de andador: ↑ Tipo de silla: ↑ Inodoro Portátil: ↑ Tipo de cama: ↑ Bastón o muleta: ↑ "Seat Lift": ↑ Canvas: ↑ Urostomía/Ostomía (tamaño): ↑ Otros:	CPM/Grados: _____ Flexión: _____ Extensión: _____ Tens/electrodos: _____ Calibración: _____ Frecuencia: _____ Máquina de Succión Catéter: _____ Tamaño: _____
Monitor de Glucosa en Sangre:	
Frecuencia de la Prueba:	
Glucómetro Lancetero Tirillas Lancetas Solución de Control	Diario 2 veces al día 3 veces al día 4 veces al día
Diabético: ☐ Sí ☐ No Dependiente de Insulina: ☐ Sí ☐ No	

Oxígeno:

Tipo: ☐ Gas ☐ Líquido ☐ Otro: _____ Vía: ☐ Canula Nasal ☐ Mascarilla : _____ LPM: _____ / Horas: _____ / Días: _____ Tamaño Tanque: _____ Cantidad: _____ / Oximetría: Sat. O ₂ _____ % ↑ ABG's / PO ₂ : _____ Tiempo de Uso: _____ O ₂ : ↑ Humidificador ↑ "Conserving Device"	↑ _____ C-PAP _____ cmH ₂ O _____ Bi-PAP _____ Ipap _____ Epap Frecuencia de Tratamiento: _____ /Días Frecuencia respiratoria _____ /Minutos Calibración: _____ Tamaño de mascarilla: _____ Elástico de la mascarilla ("Head Gear"): _____ Tiempo de necesidad: _____ O ₂ LPM: _____ ↑ Humidificación _____
---	---

Nebulizador ↑ Duración 2 meses o _____ Albuterol 0.083% or 2.5mg/3ml Frecuencia: _____ Ipratropium 0.02% or 0.5mg.2.5ml Frecuencia: _____ Albuterol 2.5 mg/3ml / Ipratropium 0.5mg Frecuencia: _____ Budesonide 0.25mg/2ml or 0.5 mg/2ml Frecuencia: _____ Xopenex 0.31/3ml or 0.63mg/3ml or 1.25 mg /3ml Frecuencia: _____	Nombre del Proveedor: (Letra de molde) Firma / Número de Licencia/ NPI:
---	--

Ventiladores (se requiere evaluación del paciente)
Para uso del Departamento de Preautorización

SIMV: _____ ↑ CMV: _____ Especifique: _____ Tvol: _____ Frecuencia respiratoria: _____ FIO ₂ %: _____ Presión: _____ Peep: _____ Otros: _____	☐ Aprobado ☐ Denegado Fecha de determinación:	Número de autorización: Nombre de Enfermera(o) de Preautorizaciones: (Letra de Molde)
--	---	--

Afiliados Plan Platino y No Platino enviar forma a: Clinical Medical Services al Fax. 787-622-3449