NEWCARE WOUND SOLUTIONS

Formulario de referido

Envíe por fax al (424) 438-2585

Teléfono (424) 509-0878 · Info@NewCareWoundSolutions.com · Referidos 24/7 · Atención en 48 horas

1. QUIÉN REFIERE

FECHA DEL REFERIDO | CENTRO / AGENCIA / CONSULTORIO | NOMBRE DE CONTACTO

TELÉFONO | FAX | CORREO

2. PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, NOMBRE) | FECHA DE NACIMIENTO | TELÉFONO DEL PACIENTE

DIRECCIÓN | CIUDAD | CÓDIGO POSTAL

IDIOMA PREFERIDO | CUIDADOR / CONTACTO DE EMERGENCIA | TELÉFONO DEL CUIDADOR

3. LUGAR DE ATENCIÓN

- ☐ Casa particular
- ☐ Residencia asistida
- ☐ Board and care
- ☐ Centro de enfermería
- ☐ Paciente de salud en el hogar
- ☐ Hospicio

NOMBRE DEL CENTRO O AGENCIA / HABITACIÓN

4. SEGURO

SEGURO PRINCIPAL | N.º DE MIEMBRO | SEGURO SECUNDARIO | N.º DE MIEMBRO

5. INFORMACIÓN DE LA HERIDA

TIPO Y UBICACIÓN DE LA HERIDA | TIEMPO CON LA HERIDA | TAMAÑO APROX.

TRATAMIENTO / APÓSITO ACTUAL | ALERGIAS

- ☐ Diabetes
- ☐ Mala circulación / EAP
- ☐ Señales de infección
- ☐ Movilidad limitada
- ☐ Toma anticoagulantes

DIAGNÓSTICOS RELEVANTES / NOTAS CLÍNICAS

6. SERVICIOS SOLICITADOS

- ☐ Evaluación de heridas
- ☐ Apósitos avanzados
- ☐ Terapia de compresión
- ☐ Manejo de infecciones
- ☐ Educación al paciente / cuidador
- ☐ Desbridamiento
- ☐ Terapia VAC
- ☐ Evaluación de terapia avanzada
- ☐ Cuidado de sonda G

7. DOCUMENTOS ADJUNTOS

- ☐ Hoja de datos (face sheet)
- ☐ Lista de medicamentos
- ☐ Orden médica
- ☐ H&P / notas clínicas recientes
- ☐ Tarjeta(s) de seguro
- ☐ Fotos de la herida

OTROS / NOTAS

8. MÉDICO QUE ORDENA

NOMBRE DEL MÉDICO | NPI | TELÉFONO | FAX

FECHA

FIRMA DEL MÉDICO

CONFIDENCIAL: Este fax contiene información de salud protegida. Si lo recibió por error, avise al remitente al (424) 509-0878 y destruya todas las copias. En una emergencia médica, llame al 911.