



# Atención médica pediátrica a domicilio

## Enviar referencia por fax a:

Colorado: 1-855-715-3504

Florida: 1-954-538-1414

Idaho: 1-855-631-404

Maryland: 1-800-803-8356

Oregon: 1-888-901-2288

South Carolina: 1-843-278-8599

Texas: 1-877-300-7394

Virginia: 1-800-803-8356

**Nombre del paciente:**

**Fecha de nacimiento:**

**Sexo:** M F

Dirección:

Codigó postal:

Dirección de tratamiento:  
(Si es diferente al de la casa)

De día

Después de la escuela

Padres/Tutores:

Número de teléfono:

Contacto de emergencia/Relación:

Idioma de preferencia: Inglés

Español

Otro

Medicaid:

Número de Medicaid:

Seguro médico:

Número de seguro:

**Disciplinas para evaluar y tratar:**

Terapia del habla

Terapia ocupacional

Terapia física

Alimentación/Disfagia

Lenguaje/Cognitiva

**Código de diagnóstico:**

**Información de clínica/médico:**

Dirección:

Número de teléfono:

Fax:

Coordinador de referencia/cuidados:

Fecha:

Fecha del último examen médico:

## SOLO PARA REFERENCIA MÉDICA

Certifico que este paciente está bajo mi cuidado y autorizo la evaluación y el tratamiento necesarios.

Nombre del médico (impreso)

Firma del médico:

**Teléfonos de oficina:** Colorado: 844-757-7450 | Florida: 954-538-8588 | Idaho: 877-200-8152

Maryland: 703-679-7837 | Oregon: 877-755-8940 | South Carolina: 843-894-7374

Texas: 866-919-3240 | Virginia: 703-679-7837

[www.kidscarehomehealth.com](http://www.kidscarehomehealth.com)