

Formulario de Referencia de Servicios al Cliente Potencial

INFORMACIÓN DE REFERENCIA

Nombre: _____ Fecha de Referencia: _____

Número de Teléfono: _____ Relación del Cliente: _____

¿Cómo sabías de MCFI Home Care? _____

Si el referido es el médico primario favor de incluir los archivos médicos.

INFORMACIÓN DE CLIENTE

Primer: _____ Medio Nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Celular: _____ Sexo: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Status: Casado(a) Soltero(a) Viudo(a) Divorinado(a) Number de Seguro Social del Cliente: _____

Seguranza: _____

¿Tiene un administrador de casos/consultor de IRIS? Sí No

(Nombre)

(Teléfono)

(Correo Electrónico)

Nombre del Médico: _____ Organización: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

SERVICIOS NECESARIOS

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asistencia de Domiciliaria | <input type="checkbox"/> Compañerismo | <input type="checkbox"/> Vida Apoyada por la Comunidad |
| <input type="checkbox"/> Cuidado Personales | <input type="checkbox"/> Supervisión | |
| <input type="checkbox"/> Cuidado Personales Avanzados | <input type="checkbox"/> Respiro | |
| <input type="checkbox"/> Cuidado Asistencia Personal Médica | <input type="checkbox"/> Soporte Autodirigido | |

Nota: Los servicios requeridos en esta forma no son garantizados. Todos los servicios deben cumplirse bajo las guías de la fuente de la financiación del cliente. Una vez que los servicios sean autorizados, un plan de cuidado y horario serán desarrollados.

PREFERENCIA DEL CLIENTE

Nombre del Cuidador Preferido (Opcional): _____ Teléfono: _____

¿Si el cliente selecciona cuidador preferido, le gustaría un cuidador temporal hasta que el cuidador preferido complete el proceso de contratación?

Sí No, el cliente opta por no recibir servicios hasta que el cuidador preferido sea contratado y entrenado.

PODER NOTARIAL

Nombre: _____ Teléfono Casa: _____

Teléfono Trabajo: _____ Teléfono Celuar: _____

Relación con el Cliente: _____

PRIMER CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Teléfono Casa: _____

Teléfono Trabajo: _____ Teléfono Celuar: _____

Relación con el Cliente: _____

SEGUNDO CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Teléfono Casa: _____

Teléfono Trabajo: _____ Teléfono Celuar: _____

Relación con el Cliente: _____

EQUIPO MÉDICO DURADERO

- | | | |
|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Bastón | <input type="checkbox"/> Andadera | <input type="checkbox"/> Independiente con Dispositivo de Asistencia |
| <input type="checkbox"/> Silla de Ruedas | <input type="checkbox"/> Shower Chair | <input type="checkbox"/> Otras: _____ |

