

ORDEN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PERSONAL/SERVICIOS DE ASISTENCIA PERSONAL DIRIGIDOS AL CONSUMIDOR

COMPLETAR TODOS LOS ARTÍCULOS

FORMULARIOS INCOMPLETOS SERÁN DEVUELTOS AL MÉDICO

1. Información de identificación del paciente

(Use papel adicional si es necesario)

NOMBRE DEL PACIENTE		CIN	FECHA DE NACIMIENTO	SEX O
DIRECCIÓN: APT/STREET		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
TELEPHONE NO. ()	MEDICARE NO. <input type="checkbox"/>	EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN: Nombre del Hospital	FECHA DE ADMISIÓN:	FECHA PREVISTA DE LA DESCARGA
¿A la dirección de arriba? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI NO SE EXPLICA:				

2. Información general

NOMBRE MÉDICO		LICENCIA #	TELEPHONE NO. ()
DIRECCIÓN: CALLE		CIUDAD	ESTADO CÓDIGO POSTAL
Si el examen fue realizado por un Asistente del Médico, Asistente del Especialista o Enfermero Profesional, Identifique:			
Nombre		Profesión:	Licencia #

LUGAR DEL EXAMEN:

FECHA DEL EXAMEN:

3. Conclusiones médicas

NOTA: Indique **N/A** si un artículo no se aplica a este paciente o **Unk** si la información solicitada es desconocida para el médico que firma este formulario.

Altura: _____ Peso: _____

Para la condición(s) que requiere cuidado personal:

Diagnóstico Primario	_____	Código ICD-9-CM	_____
Diagnóstico Secundario	_____	Código ICD-9-CM	_____

Describir la condición médica/física actual del paciente _____

¿La condición del paciente es estable? Sí No
 ¿Es el paciente apropiado para el cuidado de hospicio? Sí No

Describir el plan de tratamiento actual y los objetivos terapéuticos, incluido el pronóstico para la recuperación: _____

Describa cualquier actividad prohibida o limitación funcional: _____

¿El paciente es autodirigido? Sí No
 ¿Es el paciente capaz de pedir ayuda por cualquier medio? En caso negativo, explíquese _____

¿Es el paciente capaz de emboscar independientemente? Sí No Con dispositivos? Sí No Otra asistencia? Sí No

Describir: _____

¿Es el continente paciente del intestino? Sí No hay de vejiga? Sí No

Necesidades de catéter/colostomía: _____

Enumere todos los medicamentos actuales (con receta y de venta libre) y tenga en cuenta la dosificación y la frecuencia y las instrucciones especiales (adjuntar una hoja adicional si es necesario): _____

¿Puede el paciente autoadministrarse medicamentos:

Sí No

Si el paciente requiere una dieta modificada o tiene otras necesidades nutricionales o dietéticas especiales, describa: _____

Por favor, indique cualquier tarea, tratamiento o terapia recibida o requerida por el paciente: _____

¿Necesita el paciente asistencia o provisión de tareas especializadas (p. ej., monitorización de signos vitales, cambios en el vendaje, monitorización de glucosa, etc.)?

Sí No

En caso afirmativo, indíquese: _____

En función de la condición médica, ¿recomienda la prestación de servicios para ayudar con tareas calificadas, cuidado personal y/ o tareas domésticas ligeras?

Sí No

Factores contribuyentes:

Describir los factores que contribuyen, entre otros, a la situación social, familiar, domiciliaria o médica (p. ej., trastornos musculares/motores, problemas de movimiento, disminución de la resistencia, etc.) que pueden afectar a la capacidad funcional del paciente, o puede afectar a la necesidad de cuidados en el hogar o que puede afectar a la necesidad del paciente de asistencia con tareas calificadas, tareas de cuidado personal y/ o limpieza ligera. Sírvase incluir cualquier otra información que pueda ser pertinente a la necesidad de asistencia con los servicios de atención a domicilio.

Es mi opinión que este paciente puede ser atendido en casa. He descrito con precisión su condición médica. Necesidades y regímenes, incluyendo cualquier régimen de medicación, en el momento en que lo examiné. Entiendo que no debo recomendar el número de horas de atención personal que este paciente puede requerir. TAMBIÉN ENTIENDO QUE LA ORDEN DE ESTE MÉDICO ESTÁ SUJETA A LAS REGULACIONES DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DEL ESTADO DE NUEVA YORK EN LAS PARTES 515, 516, 517 Y 518 DEL TÍTULO 18 NYCRR, QUE PERMITEN AL DEPARTAMENTO IMPONER MULTAS O SANCIONAR Y RECUPERAR SOBREPAGOS DE, PROVEEDORES O PRESCRIPTORES DE ATENCIÓN MÉDICA, SERVICIOS O SUMINISTROS CUANDO SE PROPORCIONAN U ORDENAN CUIDADOS MÉDICOS, SERVICIOS O SUMINISTROS QUE SON INNECESARIOS, INADECUADOS O EXCEDEN LA CONDICIÓN MÉDICA DOCUMENTADA DEL PACIENTE.

INFORMACIÓN INCOMPLETA O FALTANTE PUEDE RETRASAR LOS SERVICIOS A ESTE PACIENTE

Physician's Signature _____ Date _____

FIRME Y ENVÍE EL FORMULARIO CUMPLIMENTADO EN UN PLAZO DE 30 DÍAS NATURALES A:

Departamento de Salud del Estado de Nueva York

**ORDEN DEL MÉDICO PARA EL CUIDADO PERSONAL/INSTRUCCIONES DE SERVICIOS DE ASISTENCIA
PERSONAL DIRIGIDOS POR EL CONSUMIDOR**

COMPLETAR TODOS LOS ELEMENTOS. (Adjuntar hojas adicionales, si es necesario). Los formularios incompletos serán devueltos al médico.

Información incompleta o faltante puede retrasar los servicios a este paciente.

1. Información de identificación del paciente

- Nombre del Paciente.** Escriba el nombre del paciente.
- CIN.** Encontrado en la tarjeta de identificación del paciente.
- Fecha de nacimiento.** Introduzca la fecha de nacimiento del paciente.
- Sexo.** Introduzca el género del paciente.
- Dirección y número de teléfono.** Introduzca la dirección y el número de teléfono del paciente.
- Medicare #.** Ingrese el número de Medicare del paciente si está disponible.
- Si actualmente está hospitalizado.** Si el paciente es hospitalizado en el momento de completar la orden del médico, indique el nombre del hospital, la fecha de ingreso y la fecha prevista de alta.
- Alta a la dirección anterior.** Si el paciente va a ser dado de alta en una dirección distinta de la mencionada anteriormente, por favor explique.
- Información general**

Nombre del médico, licencia #, dirección, teléfono. Ingrese información para que el médico firme la orden. Ingrese el número de licencia del médico emitido por el Departamento de Educación del Estado de Nueva York o el número de facturación del proveedor emitido por el Sistema de Información de Gestión de Medicaid del Departamento de Salud del Estado de Nueva York.

- Examen realizado por otro médico.** Si el paciente fue examinado, y el formulario de pedido completado por un asistente médico, asistente de especialista, o enfermero profesional, completar la información requerida.
- Lugar del examen.** Indíquese la ubicación (consultorio, clínica, domicilio, etc.) del examen del paciente.
- Fecha del examen.** Ingrese la fecha en que el paciente fue examinado. Esto debe ser dentro de los 30 días de la fecha en que el médico firmó el formulario.

3. Hallazgos médicos

Nota: Indique **N/ A** si un artículo no se aplica a este paciente o **Unk** si la información solicitada es desconocida para el médico que firma este formulario.

- La altura, el peso.** Ingrese la altura y el peso del paciente.
- Diagnóstico Primario y Secundario.** Ingrese el diagnóstico primario y secundario con los códigos ICD-9-CM para las condiciones primarias y secundarias que dan lugar a que el paciente sea evaluado para servicios de atención domiciliaria.
- Describe la condición actual.** Describir la condición médica/física actual del paciente, incluyendo cualquier historia relevante.
- Stability.** Compruebe **Sí** si no se espera que la condición del paciente muestre deterioro o mejoría marcados. **Una condición médica estable** se definirá como sigue:
 - (a) no se espera que la condición presente un deterioro o mejora repentinos; y
 - (b) la afección no requiere un juicio médico o de enfermería frecuente para determinar cambios en el plan de atención del paciente; y
 - (c) (1) la condición es tal que una persona con discapacidad física necesita asistencia de apoyo rutinaria y no necesita atención profesional cualificada en el hogar; o
 - (2) la condición es tal que una persona de edad físicamente discapacitada o frágil no necesita atención profesional, pero sí necesita asistencia en el hogar para evitar que se desarrolle una crisis de salud o seguridad.
- Hospicio.** Si la condición del paciente es terminal, indique si el paciente es apropiado para los servicios de hospicio.
- Describe el plan de tratamiento actual.** Incluya metas terapéuticas y pronóstico para la recuperación y la duración prevista del plan de tratamiento actual.
- Limitaciones.** Indicar cualquier limitación funcional o actividad prohibida.
- auto-dirección.** Indique si el paciente es autodirigido. La auto-dirección significa que el paciente es capaz de tomar decisiones sobre las actividades de la vida cotidiana, comprender el impacto de las decisiones y asumir la responsabilidad por los resultados de las decisiones. A **Ninguna** respuesta a este ítem debe reflejarse en la descripción de la condición del paciente como se documenta en la sección aplicable.
- Capaz de llamar a ayuda.** Compruebe **Sí** si el paciente puede solicitar ayuda en una situación de emergencia por cualquier medio. Si el paciente no es capaz de pedir ayuda, revise **No** y explíquelo.

- Ambulación.** Indique la capacidad del paciente para ambular de forma independiente, o con la necesidad de asistencia o dispositivos. Especifique la asistencia/ dispositivos utilizados o necesarios.
 - Intestino/ vejiga.** Indique si el paciente es continental. Describa cualquier catéter o colostomía que necesite.
 - Medicamentos requeridos.** Liste todos los medicamentos recetados y de venta libre que el paciente está tomando y tome nota de la dosis, la frecuencia y las instrucciones especiales.
 - Administración de Medicamentos.** Indique la capacidad del paciente para autoadministrarse medicamentos.
 - Necesidades dietéticas.** Indique si el paciente tiene necesidades nutricionales o dietéticas especiales, p.e. baja en sal o alto en potasio.
 - Tareas/Tratamientos/Terapias.** Indicar las tareas, tratamientos o terapias que el paciente recibe o requiere en el hogar y describir.
 - Necesidad de finalización/ asistencia con tareas calificadas.** Si el paciente necesita ayuda con tareas calificadas, incluyendo, pero no limitándose a, monitoreo de glucosa, cuidado de heridas, signos vitales, describa la necesidad de dicha ayuda.
 - Recomendación de prestar asistencia.** Compruebe **Sí** si, en su opinión, el paciente puede ser mantenido en su hogar con la prestación de servicios de atención domiciliaria.
 - Factores que contribuyen a la necesidad de asistencia.** Sírvanse indicar las deficiencias funcionales que respaldan la necesidad de prestar servicios de atención a domicilio. Por favor incluya cualquier información pertinente que pueda tener sobre el entorno del paciente, su condición física u otros factores que puedan afectar la capacidad del paciente para funcionar en la comunidad o la necesidad del paciente de asistencia con las tareas de cuidado personal.
4. **Firma del médico/Fecha de finalización.** La firma del médico ordenante tal como se identifica en el punto 2. Tenga en cuenta que al firmar este documento, el médico certifica que la condición y las necesidades del paciente se describen con precisión. Los formularios sin firma y/o fecha no son aceptables.
5. **Formulario de devolución a.** El distrito local u otra entidad de gestión de casos a la que se debe devolver el formulario.