



FUNDING

Su fuente de financiamiento de PRC y Saltillo

Hoja de información del cliente

Este formulario obligatorio proporciona información crucial necesaria para su fuente de financiamiento. Si es posible, sírvase rellenarlo de forma electrónica, y complete cada sección minuciosamente.

1. CLIENTE: *El cliente es la persona que recibirá el equipo o los servicios.*

Apellido(s) del cliente: _____ Nombre: _____

Fecha de nacimiento del cliente: _____ Sexo: Masculino Femenino Número de seguro social: _____

Lugar de residencia actual (marque todo lo que corresponda):
En el hogar Centro de enfermería especializada Centro de enfermería Centro de cuidado tutelar Vivienda asistida Vivienda colectiva Centro ICFMR Inscrito en hospital de cuidados paliativos

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

C.P.: _____ Nombre del centro (si procede) : _____

Teléfono: _____ Celular: _____

Dirección electrónica: _____

2. DOMICILIO DE ENTREGA: *El número de teléfono es obligatorio. Los dispositivos financiados por Medicare deben enviarse directamente al domicilio del cliente. No podemos hacer envíos a apartados postales.*

Nombre: _____ Centro: _____

Domicilio _____ Ciudad: _____

Estado: _____ C.P.: _____ Teléfono: _____

3. REPRESENTANTE DEL CLIENTE/CONTACTO DE EMERGENCIA : *Sírvase proporcionar la información de contacto de emergencia (normalmente el cónyuge, padre o madre, tutor legal, etc.).*

Parentesco con el cliente: Cónyuge Madre o Padre Tutor legal Otros (especificar): _____

Apellido(s) Nombre: _____ Nombre del centro (si procede): _____

Nombre del centro (si procede): _____

Domicilio: Igual que arriba _____ City: _____

Estado: _____ C.P.: _____ Correo electrónico: _____

Teléfono: _____ Otro teléfono: _____ ¿Acepta el envío de mensajes de texto? Sí No

Idioma de preferencia: _____

4. DIAGNÓSTICO: *Afección del cliente que determina que el equipo o los servicios solicitados son médicamente necesarios.*

Diagnóstico médico: _____

Código de diagnóstico (ICD-10): _____ Fecha de inicio: _____

Diagnóstico del habla: _____

Código de diagnóstico (ICD-10): _____ Fecha de iniciot: _____

¿El diagnóstico es resultado de un accidente? Sí No En caso afirmativo: Fecha del accidente: _____

Tipo de accidente: Empleo Automóvil Otro Si fue en automóvil: Lugar (estado): _____

5. ¿ANTERIORMENTE TENÍA UN DISPOSITIVO?

No Sí Nombre del producto: _____ Fecha de entrega/servicio: _____
Pagador original: _____

6. MEDICARE: *Adjuntar una copia legible del anverso y reverso de su tarjeta de Medicare.*

Tipo: Medicare Medicare Managed Care
Nombre de la organización de Managed Care _____ Número ID: _____

7. MEDICAID: *Adjuntar una copia legible del anverso y reverso de su tarjeta de Medicaid.*

Tipo: Medicaid Medicaid Managed Care
Nombre de la organización de Managed Care: _____ Número ID: _____

8. SEGURO PRIVADO: *Adjuntar una copia legible del anverso y reverso de sus tarjetas del seguro. Dejar la sección en blanco si únicamente tiene Medicaid.*

Type: TriCare / Seguro militar Privado / Seguro colectivo
Nombre de la aseguradora: _____ Número ID: _____
Número de grupo: _____ Teléfono: _____ Fax (si tiene): _____

**También debe ser completada la Sección 12 en la página tres de Titular de la póliza de seguro*

9. MÉDICO TRATANTE: *El médico tratante es el médico que le recetó el equipo solicitado.*

Nombre: _____ Apellido(s): _____ Credencial (es decir, MD): _____
Nombre del centro: _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
C.P.: _____ Teléfono: _____ Fax: _____ Número NPI: _____
Número de proveedor de Medicaid: _____

El número NPI se puede encontrar en: <https://npiregistry.cms.hhs.gov> Sólo envíos de Medicaid

10. TERAPEUTA DEL HABLA Y DEL LENGUAJE:

Nombre: _____ Apellido(s): _____
Número ASHA: _____ Número de licencia estatal: _____
Nombre del centro: _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____
Estado: _____ C.P.: _____ Correo electrónico: _____
Teléfono: _____ Celular: _____ Fax: _____