



Su fuente de financiamiento de PRC y Saltillo

## Hoja de información del cliente después del período de prueba

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                      No se especifica

### 2. 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 inicio: \_\_\_\_\_

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

¿Tipo de accidente?    Trabajo    Carro    Otro

### 3. 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.: \_\_\_\_\_ Tel. diurno: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Número NPI: \_\_\_\_\_ Número de proveedor de Medicaid: \_\_\_\_\_

*El # de NPI puede consultarse en:  
<https://npiregistry.cms.hhs.gov>*

### 4. TERAPEUTA DEL HABLA Y DEL LENGUAJE:

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido(s): \_\_\_\_\_

Número ASHA: \_\_\_\_\_ Número de licencia estatal: \_\_\_\_\_

Nombre del centro: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_ Tel. diurno: \_\_\_\_\_

### 5. INFORMACIÓN DEL SEGURO: *Adjuntar una copia legible del anverso y reverso de sus tarjetas del seguro.*

Complete todo lo que corresponda:

Nombre de Medicaid/Organización de atención médica administrada \_\_\_\_\_ # de ID \_\_\_\_\_

Nombre de Medicare/Organización de atención médica administrada \_\_\_\_\_ # de ID \_\_\_\_\_

Nombre del seguro privado \_\_\_\_\_ # de ID \_\_\_\_\_ # de grupo \_\_\_\_\_