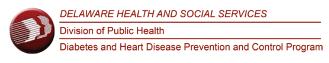


INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PACIENTE					
NOMBRE:					
DIRECCIÓN:					
CIUDAD: E		STADO:	CÓDIGO POSTAL:		
TELÉFONO:					
EDAD:	SEXO: Masculino Femenino PPrefiero no especificar				
NIVEL MÁS ALTO DE ESTUDIOS: Inferior a la escuela secundaria Diploma de secundaria o Diploma de Educación General (GED, en inglés) Diploma universitario de dos años (instituto superior) Licenciatura Maestría Doctorado Profesional (doctor en medicina, doctor en leyes, doctor en cirugía dental, etc.)		RAZA Y ETNIA: Blanca o caucásica Negra o afroamericana India estadounidense o nativa de Alaska Asiática Nativa de Hawái u otras islas del Pacífico N/C Otras (especifique)			
De origen hispano, latino o español 🔲 Sí 🔲 No 🔲 N/C					
PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA AUTORIZADO QUE HACE LA REMISIÓN					
PROVEEDOR DE ATENCIÓN M	1ÉDICA:				
DIRECCIÓN:					
CIUDAD:	ESTADO):	CÓDIGO POSTAL:		
TELÉFONO:					
NOMBRE DEL PROVEEDOR:	NOMBRE DEL PROVEEDOR: FIRMA:				
*El proveedor de atención médica que hace la remisión debe marcar los servicios correspondientes en el reverso de este formulario.					
CENTRO DE SERVICIOS	DEL ESTADO DE DELAWA	ARE			
CENTRO DE SERVICIOS DEL E	STADO:				
ADDRESS:					
CIUDAD:	E	STADO:	CÓDIGO POSTAL:		
TELÉFONO:					
¿Están aprobados los servicios/medicamentos/suministros solicitados? 🗌 Sí 🔲 No 🔲 Pendiente					
NOMBRE DEL REPRESENTANTE: FIRMA:					

Si tiene preguntas sobre el Fondo de Emergencia Médica para la Diabetes (EDMF, en inglés), comuníquese al 302-744-1020

Asociación entre el Programa de Control de la Diabetes y los Centros de Servicios del Estado de Delaware





Formulario de Remisión del Fondo de Emergencia Médica para la Diabetes

El proveedor de atención médica que hace la remisión debe marcar los servicios correspondientes que aparecen a continuación.

Descargo de responsabilidad. Esto NO es una receta, sino una remisión de servicios, suministros y medicamentos. La prescripción de los medicamentos deberá ser facilitada por separado por el médico que hace la receta, si corresponde.

MEDICAMENTOS		
□ Alnhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (ECA) □ Acetohexamida □ Inhibidor de la aldosa reductasa □ Inhibidor de la alfa-glucosidasa □ Agente antidiabético □ Aspirina □ Betabloqueante □ Biguanida/metformina □ Insulina humana biosintética □ Insulina bifásica	Presión arterial Bloqueadores de los canales de ca Capsaicina Colesterol Clorpropamida Medicamentos para el colesterol Derivados de la D-fenilalanina Diurético IMedicamentos inmunosupresore Insulina/pluma de insulina/inyecto a presión	☐ Agentes hipoglucemiantes orales ☐ Vacuna antineumocócica ☐ Bloqueador de receptores ☐ Sulfonilureas ☐ Tiazolidinedionas ☐ Tolazamida s ☐ Tolbutamida
SUMINISTROS		
 ☐ Antiséptico ☐ Medidor de glucosa en sangre ☐ Dispositivos de toma de muestras de sangre ☐ Calzado para diabéticos ☐ Calcetines de sujeción para diabéticos ☐ Identificación médica de emergencia 	☐ Comprimidos de glucosa ☐ Bomba de insulina implantable ☐ Pluma de insulina ☐ Bomba de insulina ☐ Inyector a presión	Prótesis Reactivos/tiras reactivas para orina Jeringas Cuidado de heridas Cuidado de los pies: calzado ortopédico, calcetines de sujeción Cremas para la piel ☐ Gotas para los ojos
SERVICIOS		
□ Presión arterial □ IMC □ Cardiólogo □ Educador certificado en diabetes □ Prueba de colesterol □ Prueba del péptido C □ Prueba de aclaramiento de creatinina □ Dentista □ Cuidado dental □ Diabetólogo □ Clases de educación sobre la diabetes □ Diálisis □ Dietista □ Examen de pupilas dilatadas □ Electrocardiograma □ Electromiografía □ Endocrinólogo □ Evaluación de la prueba de medición del pulso	 □ Prueba de glucosa en sangre en ayunas □ Angiografía con fluoresceína □ Oftalmoscopia □ Prueba de fructosamina □ Prueba de tolerancia a la glucosa □ Prueba de hemoglobina glucosilada □ Hemodiálisis □ Prueba de hemoglobina AIC □ Prueba de cetoacidosis □ Tratamiento con láser □ Evaluaciones/perfil de lípidos □ Servicios de salud mental □ Nefrólogo □ Obstetra □ Oftalmólogo □ Prueba de tolerancia a la glucosa oral □ Cirujano oral 	☐ Endocrinólogo pediátrico ☐ Pedortista ☐ Periodoncista ☐ Diálisis peritoneal ☐ Fotocoagulación ☐ Podólogo ☐ Médico de atención primaria ☐ Prótesis ☐ Trasplante segmentario ☐ Microalbúmina urinaria ☐ Análisis de orina ☐ Cultivo de orina ☐ Prueba de orina ☐ Urólogo ☐ Vitrectomía ☐ Evaluación del peso/asesoramiento ☐ Especialista en heridas
Pueden ser necesarios		

Enumere los servicios, suministros o medicamentos remitidos <u>en caso de que no</u> figuren en la lista anterior:_

Nota: Los medicamentos, servicios y suministros deben ser para una persona con diabetes o pre diabetes y la necesidad/ solicitud debe estar directamente relacionada con el tratamiento o control de la diabetes o prediabetes. En la ficha de remisión del proveedor debe constar que la solicitud/necesidad es específicamente para el tratamiento de la diabetes o prediabetes del paciente. Póngase en contacto con el Programa de Prevención y Control de la Diabetes y las Enfermedades Cardíacas llamando al 302-744-1020 para la aprobación de la compra de cualquier artículo solicitado que no figure en la lista anterior.