

FORMULARIO DE REMISIÓN DEL FONDO DE EMERGENCIA MÉDICA PARA LA DIABETES

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PACIENTE

NOMBRE:

DIRECCIÓN:

CIUDAD:

ESTADO:

CÓDIGO POSTAL:

TELÉFONO:

EDAD:

SEXO: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Prefiero 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 MÉDICA:

DIRECCIÓN:

CIUDAD:

ESTADO:

CÓDIGO POSTAL:

TELÉFONO:

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 DELAWARE

CENTRO DE SERVICIOS DEL ESTADO:

ADDRESS:

CIUDAD:

ESTADO:

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



DELAWARE HEALTH AND SOCIAL SERVICES
 Division of Public Health
 Diabetes and Heart Disease Prevention and Control Program

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

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Alhinhidor de la enzima convertidora de angiotensina (ECA) | ☐ Presión arterial | ☐ Vacuna contra la influenza (gripe) |
| ☐ Acetohexamida | ☐ Bloqueadores de los canales de calcio | ☐ Meglitinida |
| ☐ Inhibidor de la aldosa reductasa | ☐ Capsaicina | ☐ Agentes hipoglucemiantes orales |
| ☐ Inhibidor de la alfa-glucosidasa | ☐ Colesterol | ☐ Vacuna antineumocócica |
| ☐ Agente antidiabético | ☐ Clorpropamida | ☐ Bloqueador de receptores |
| ☐ Aspirina | ☐ Medicamentos para el colesterol | ☐ Sulfonilureas |
| ☐ Betabloqueante | ☐ Derivados de la D-fenilalanina | ☐ Tiazolidinedionas |
| ☐ Biguanida/metformina | ☐ Diurético | ☐ Tolazamida |
| ☐ Insulina humana biosintética | ☐ Medicamentos inmunosupresores | ☐ Tolbutamida |
| ☐ Insulina bifásica | ☐ Insulina/pluma de insulina/injector a presión | |

SUMINISTROS

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Antiséptico | ☐ Glucagón | ☐ Prótesis |
| ☐ Medidor de glucosa en sangre | ☐ Comprimidos de glucosa | ☐ Reactivos/tiras reactivas para orina |
| ☐ Dispositivos de toma de muestras de sangre | ☐ Bomba de insulina implantable | ☐ Jeringas |
| ☐ Calzado para diabéticos | ☐ Pluma de insulina | ☐ Cuidado de heridas |
| ☐ Calcetines de sujeción para diabéticos | ☐ Bomba de insulina | ☐ Cuidado de los pies: calzado ortopédico, calcetines de sujeción |
| ☐ Identificación médica de emergencia | ☐ Inyector a presión | ☐ Cremas para la piel |
| | ☐ Lanceta | ☐ Gotas para los ojos |
| | ☐ Monofilamento | |

SERVICIOS

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Presión arterial | ☐ Prueba de glucosa en sangre en ayunas | ☐ Endocrinólogo pediátrico |
| ☐ IMC | ☐ Angiografía con fluoresceína | ☐ Pedortista |
| ☐ Cardiólogo | ☐ Oftalmoscopia | ☐ Periodoncista |
| ☐ Educador certificado en diabetes | ☐ Prueba de fructosamina | ☐ Diálisis peritoneal |
| ☐ Prueba de colesterol | ☐ Prueba de tolerancia a la glucosa | ☐ Fotocoagulación |
| ☐ Prueba del péptido C | ☐ Prueba de hemoglobina glucosilada | ☐ Podólogo |
| ☐ Prueba de aclaramiento de creatinina | ☐ Hemodiálisis | ☐ Médico de atención primaria |
| ☐ Dentista | ☐ Prueba de hemoglobina A1C | ☐ Prótesis |
| ☐ Cuidado dental | ☐ Prueba de cetoacidosis | ☐ Trasplante segmentario |
| ☐ Diabetólogo | ☐ Tratamiento con láser | ☐ Microalbúmina urinaria |
| ☐ Clases de educación sobre la diabetes | ☐ Evaluaciones/perfil de lípidos | ☐ Análisis de orina |
| ☐ Diálisis | ☐ Servicios de salud mental | ☐ Cultivo de orina |
| ☐ Dietista | ☐ Nefrólogo | ☐ Prueba de orina |
| ☐ Examen de pupilas dilatadas | ☐ Neurólogo | ☐ Urólogo |
| ☐ Electrocardiograma | ☐ Obstetra | ☐ Vitrectomía |
| ☐ Electromiografía | ☐ Oftalmólogo | ☐ Evaluación del peso/asesoramiento |
| ☐ Endocrinólogo | ☐ Prueba de tolerancia a la glucosa oral | ☐ Especialista en heridas |
| ☐ Evaluación de la prueba de medición del pulso | ☐ Cirujano oral | |

Pueden ser necesarios otros servicios, suministros y medicamentos para controlar adecuadamente la diabetes o la prediabetes de una persona.

Enumere los servicios, suministros o medicamentos remitidos en caso de que no 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.