

Community Servings: Formulario de Certificación Programa de Comidas Entregadas a Casa

Sección I: Debe ser completado por cliente.

Por lo presente yo autorizo a mi medico, enfermera o asistente de medico a liberar información referente a mi condición médica a Community Servings para el propósito de verificación de mi elegibilidad:

Nombre de Cliente

Firma

Fecha

Sección II: Debe ser completado por el Proveedor de Cuidado Medico

Altura: _____pies. _____pulgadas. Peso (Libras): _____

A. DIAGNOSIS PRIMARIO: Mi firma abajo significa que el individuo nombrado arriba ha sido diagnosticado con lo siguiente. (Marca todo que sea pertinente.) **** Por favor incluye una copia de reportes del laboratorio y lista de medicaciones. ****

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sintomático de +VIH | <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonal |
| <input type="checkbox"/> SIDA (Definido por CDC) Año de diagnóstico: | <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaco |
| <input type="checkbox"/> Cáncer especifica tipo: _____ | <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal | <input type="checkbox"/> Otro-por favor |
| <input type="checkbox"/> Diabetis: I o II (Circula uno) | especifica _____ |

B. CONDICIONES MÉDICAS RELACIONADAS A LA ENFERMEDAD: Mi paciente ha exhibido las siguientes condiciones en los últimos 30 días:

- Cuidado de Fin de Vida- Por Favor describa: _____
- Diarrea severa, nausea, o vomito (circula los pertinentes)
- Lesiones orales o en el esófago que previenen toma de nutrición adecuada.
- Neuropatía periférico causando limitación significativa de poder parar y /o movimiento ambulatorio.
- Anemia ú otra condición causando cansancio severo o falta de respiración.
- Desperdiciarse (pérdida de peso sin control de más de 5% de peso típico del cuerpo)
- Infección oportuno, neoplasma, o demencia – Por favor describa: _____
- Quimioterapia o Terapia de radiación
- Enfermedad Mental – Por Favor describa: _____
- Otro – Por Favor describa: _____

C. MOVILIDAD: Factores que impactarían la capacidad del cliente de poder mantener un dieta saludable y una vida independiente.

- Limitado a la cama
- No poder parar por más de 15 minutos a la vez.
- No poder caminar más de 50 pies a la vez.
- No poder cargar peso de más de 15 libras.
- No tener donde cocinar comida.
- Otro _____

Firma de Medico/NP/PA

Clínica o Afiliación del Hospital

Fecha

Print or Stamp Name

Telephone Number

Community Servings - 18 Marbury Terrace- Jamaica Plain, MA 02130- Tel. 617-522-7777 - Fax 617-522-7770
Por favor envíe por FAX con carta con membrete de la oficina medica al CLIENT SERVICES @ 617-522-7770