NEBRASKA
Good Life. Great Mission.
DEPT. OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

FORMULARIO DE REFERENCIA

☐ Programa para Discapacitados Genéticos

DEVUELVA EL FORMULARIO A
DHHS.MHCPReferrals@nebraska.gov

Todos los campos marcados con * son obligatorios. Por favor, adjunte una autorización firmada.		Fecha de Remisión*	
INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Nombre del Paciente*	Fecha de Nacimiento del Paciente*	Género ☐ M ☐ F	SSN del Paciente*
Nombre del Padre/Madre/Tutor*.	Teléfono* ☐ Casa ☐ Móvil Correo electrónico	Correo electrónico	
Dirección*	Ciudad*	Código Postal*	
DIAGNÓSTICO MÉDICO			
Diagnóstico médico*(Introduzca “DCP” para la remisión al Programa para niños discapacitados)			
¿Ha sido hospitalizado el paciente por este problema? ☐ Si ☐ No	Hospital	Fecha de Admisión	Fecha de Alta
Nombre del Médico Tratante		Nombre del Médico Tratante	
Dirección		Dirección	
Ciudad/Estado/Código postal		Ciudad/Estado/Código postal	
Teléfono		Teléfono	
INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO ¿El paciente está cubierto por: ☐ Seguro ☐ Medicaid			
Compañía de Seguros y Número de Póliza			
Plan de Medicaid y Número de Póliza			
Información Adicional:			
Remisión efectuada por*		Comments:	
Establecimiento (puede utilizar n/a)*			
Dirección			
Teléfono*			
Correo electrónico*			