

# FORMULARIO DE REFERENCIA

DEVUELVA EL FORMULARIO A  
DHHS.MHCPReferrals@nebraska.gov

Programa para Discapacitados Genéticos

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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	SSN del Paciente*
Nombre del Padre/Madre/Tutor*.	Teléfono* <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 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*	