



Formulario de derivación de pacientes de Wilmington Health

Teléfono: 910-341-3300 Fax: 910-341-1900

Por favor marque la casilla del departamento solicitado para referencia:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Audiología | <input type="checkbox"/> Cirugía General | <input type="checkbox"/> Cirugía Plástica y Reconstructiva |
| <input type="checkbox"/> Cirugía Bariátrica | <input type="checkbox"/> Manejo Intervencionista del Dolor
y Medicina Regenerativa | <input type="checkbox"/> Pulmonar |
| <input type="checkbox"/> Cardiología | <input type="checkbox"/> Enfermedad infecciosa | <input type="checkbox"/> Reumatología |
| <input type="checkbox"/> Cirugía Colorrectal | <input type="checkbox"/> Neurología | <input type="checkbox"/> Medicina del Sueño |
| <input type="checkbox"/> Dermatología | <input type="checkbox"/> Nutrición y Diabetes
Gestión | <input type="checkbox"/> Urología |
| <input type="checkbox"/> Oído, Nariz y Garganta | <input type="checkbox"/> Oncología | <input type="checkbox"/> Uroginecología |
| <input type="checkbox"/> Endocrinología | <input type="checkbox"/> Ortopedia y Medicina
Deportiva | <input type="checkbox"/> Cirugía vascula |
| <input type="checkbox"/> Pie y Tobillo | | |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterología | | |

Nombre del paciente: _____ Sexo _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Número de seguridad social: ____-____-____

Teléfono#: (Casa) _____ (Trabaja/célula) _____

Dirección: _____

MD de referencia: _____ Teléfono#: _____ Fax #: _____

Dirección: _____ NPI: _____

Compañía de Seguros: _____

Primario: _____ Secundario: _____

Autorización requerida: Sí No Número de Autorización: _____ Contacto # _____

ID #: _____ Grupo #: _____

Nombre del suscriptor: _____ Nombre del empleado: _____

Fecha de nacimiento del suscriptor: ____/____/____ Número de SS del suscriptor: ____-____-____

Razón para referir: _____

Refiriéndose a: _____ 0, primer proveedor disponible

Urgencia de Solicitud: 1º disponible 1-2 Días 1-2 semanas Otra (specdfy): _____

Envíe por fax TODOS los registros médicos relacionados, incluidos:

- Últimas 3 notas de oficina (incluyendo historial y examen físico)
- Tarjetas de seguro (anverso y reverso) - Tenga en cuenta: Las autorizaciones para las visitas deben enviarse junto con la referencia para los titulares de pólizas de Tricare Prime o HMO.

Registros pertinentes para acondicionar:

- Informes de imágenes de diagnóstico (si se trata de imágenes de tórax: envíe el informe y el disco de imágenes).
- Laboratorios, cultivos, informes de patología.
- Órdenes de diagnóstico con código CPT y diagnóstico claramente anotado; incluyendo también la autorización del seguro
- Informes operativos (si corresponde)
- Referencias de cardiología: imagen de EKG, laboratorios, Echos anteriores e informes de EKG
- Lista de medicamentos; incluyendo alergias a medicamentos (si corresponde)

Gracias por elegir WH para atender a su(s) paciente(s). Confirmación: Se contactó a su paciente y se confirmó la cita.: Fecha: ____/____/____ Hora: _____ con _____