



Departamento de Salud
Pública y Ambiental de
Colorado

Formulario de remisión



INFORMACIÓN DE ORIGEN					FECHA:	
Persona que cumplimenta el formulario:				Organización y cargo:		
Teléfono:		Fax:		Correo electrónico:		
TIPO DE REMISIÓN				MOTIVO DE LA REMISIÓN		
<input type="checkbox"/> Información y/o recursos basados en la comunidad <input type="checkbox"/> Coordinación de la atención del HCP <input type="checkbox"/> Clínica especializada HCP <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Neurología <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Rehabilitación 						
INFORMACIÓN AL CLIENTE						
Apellido			Primer Nombre:		Segundo Nombre:	
Fecha de nacimiento:		Enfermedades conocidas:				
Género:						
INFORMACIÓN SOBRE EL MÉDICO DEL CLIENTE						
Médico de atención primaria:				Teléfono:		Fax:
Médico de referencia (si es diferente del anterior):				Teléfono:		Fax:
MIEMBRO DE LA FAMILIA/TUTOR/INFORMACIÓN SOBRE EL HOGAR						
Apellido:			Primer Nombre:		Segundo Nombre:	
Relación con el cliente: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Padrastro o madrastra <input type="checkbox"/> Padre de acogida <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Rechazado <input type="checkbox"/> Otro/a						
Idioma que habla: ¿Necesita intérprete?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
Dirección postal:		Ciudad:		Estado:	Código postal:	Condado:
Número de teléfono (preferido): <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> móvil <input type="checkbox"/> trabajo				Número de teléfono (alternativo): <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> móvil <input type="checkbox"/> trabajo		
Correo electrónico:						
¿Necesita el familiar ayuda adicional para gestionar las necesidades y servicios sanitarios del niño/joven? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Rechazado						
COMENTARIOS / INFORMACIÓN ADICIONAL						
Adjunte a esta remisión los historiales médicos pertinentes, si dispone de ellos. Número de páginas adjuntas _____						
Remisión a la Agencia Local de Salud Pública Para obtener información de contacto de las agencias locales de salud pública, consulte www.hpcolorado.org .						
Nombre de la Agencia:					Fecha de envío:	
Si se completa por teléfono, informe a quién en LPHA:						