



Formulário Médico para Programas de Respiro de Arizona Caregiver Coalition

Estimado/a Cuidador/a de la Salud, Trabajador/a Social o Profesional de DDD.

El cuidador de su paciente/ cliente está aplicando para el Programa de Vales de Relevo de Arizona Caregiver Coalition. Este programa ayuda reembolsando a cuidadores de familia hasta \$1,200 para contratar a un proveedor de cuidados para el paciente, permitiendo que el cuidador pueda recibir un respiro de sus responsabilidades.

Requerimos que se complete un formulario de verificación de necesidades médicas por los profesionales indicados, a fin de certificar que el paciente requiere asistencia con una o más actividades del diario vivir (ADL'S) esto justificará la necesidad del paciente de un cuidador.

Nombre del Paciente: _____

Nombre del cuidador: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Por favor, marque todas la asistencia de actividades diarias que se aplican:

- Ir al baño Bañarse Vestir Caminar
- Alimentar Movilidad/ transferir Otro (especifique)

- Usted puede usar el reverso de este formulario para proveer más información si es necesario.

Para ser completado solamente por un profesional de la salud, Trabajador Social o profesional de DDD.

- Médico Enfermero/a Administrador de caso Coordinador de DDD
- Trabajador/a Social Otro (por favor especifique)

Nombre del proveedor: _____

Dirección del proveedor: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Por favor, firme y devuelva este documento al cuidador de familia. Usted u otro cuidador familiar puede devolver este formulario por correo electrónico a info@azcaregiver.org , fax 888-288-6293 o correo postal a Arizona Caregiver Coalition P.O. Box 21623 Phoenix, AZ 85036.