

ORIENTACIÓN PREVIA AL SERVICIOS PARA PROVEEDORES

INSTRUCCIONES: Este formulario debe ser llenado por el proveedor y el individual y/o la parte responsable quien recibe los servicios antes de empezar los servicios. El proveedor DEBE guardar una copia y mandar una copia a la oficina regional. El proveedor también debe asegurar que el proveedor llena y guarda un formulario de Consentimiento y Autorización General.

INFORMACIÓN DE PROVEEDOR

NOMBRE DE PROVEEDOR (<i>Apellido, nombre, inicial del segundo nombre</i>)	NUM. DE IDENTIFICACIÓN PATRONAL	NUM. DE AHCCCS
---	---------------------------------	----------------

¿SE REQUIERE ALGÚN ENTRENAMIENTO ESPECIAL?

 Sí No Describe:Necesita entrenamiento médico Sí No Necesita entrenamiento de manejar convulsiones Sí No**INFORMACIÓN CRÍTICA**

NOMBRE DEL INDIVIDUO (<i>Apellido, nombre, inicial</i>)	NUM DE ASSISTS.	FECHA DE NACIMIENTO
---	-----------------	---------------------

DOMICILIO DEL INDIVIDUO (*Num., calle, ciudad, estado, código postal*)

NOMBRE DE TUTOR/PARTE RESPONSABLE (<i>Apellido, nombre, inicial</i>)	RELACIÓN	TELÉFONO
--	----------	----------

DOMICILIO (*Num., calle, ciudad, estado, código postal*)

NOMBRE DE PERSONA CON QUIEN SE COMUNICA EN UNA EMERGENCIA (<i>Si es otra aparte de la parte responsable</i>)	RELACIÓN	TELÉFONO
---	----------	----------

NOMBRE DE COORDINADOR DE APOYO	UBICACIÓN DE LA OFICINA	TELÉFONO
--------------------------------	-------------------------	----------

NOMBRE DEL PLAN DE SALUD DE ALTCS/DDD	NUM. DE AHCCCS	TELÉFONO
---------------------------------------	----------------	----------

NOMBRE DE MEDICO DE CUIDADO PRIMARIO	TELÉFONO
--------------------------------------	----------

DIRECCIÓN (*Num., calle, ciudad, estado, código postal*)

NOMBRE DE LA FACILIDAD DE CUIDADO URGENTE	TELÉFONO
---	----------

DIRECCIÓN (*Num., calle, ciudad, estado, código postal*)

OTRA INFORMACIÓN A CERCA DEL SEGURO DE SALUD

PROGRAMA DIARIA (*Si es aplicable*)

NOMBRE DE PROGRAMA	TIPO DE PROGRAMA	DÍAS Y HORAS QUE ASISTE	MÉTODO DE TRANSPORTE
--------------------	------------------	-------------------------	----------------------

DIRECCIÓN DEL PROGRAMA DIARIA (<i>Num., calle, ciudad, estado, código postal</i>)	TELÉFONO
---	----------

SALUD - MEDICO**MEDICACIONES ACTUALES E HISTORIA SIGNIFICANTE DE PROBLEMAS CON LA MEDICACIÓN**

REQUIERE MED LOG <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	INSTRUCCIONES ESPECIALES SOBRE LA MEDICACIÓN
---	--

ALERGIAS A:¿Comida? Sí No Especifique Medicación? Sí No Especifique¿Picaduras de abeja? Sí No Especifique Otra? Sí No Especifique

MANEJO RECOMENDADO DE UNA REACCIÓN ALÉRGICA

CONVULSIONES: Sí No

DÉSCRIBÉ	FRECUENCIA	DURACIÓN APROXIMADA
----------	------------	---------------------

MANEJO RECOMENDADO DE CONVULSIONES

APARATOS DE AYUDA

LA VISIÓN	EL OÍDO	APARATOS DENTALES
-----------	---------	-------------------

APARATOS DE PROTECCIÓN:

INSTRUCCIONES PARA USARLO	PROPÓSITO
---------------------------	-----------

OTROS RUTINAS INDIVIDUALIZADAS DE CUIDADO DE SALUD

Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades

Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de Derechos Civiles del año 1964 (Título VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Incapacidades del año 1990 (Americans with Disabilities Act: ADA), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y la Ley de Discriminación a Edad de 1975, el Departamento prohíbe discriminar en los programas, entradas, servicios, actividades o el empleo basado en raza, color de piel, religión, sexo, origen nacional, edad, e incapacidad. El Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con una incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento debe proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible qué necesita para acomodar su incapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con el coordinador de ADA de la División de Incapacidades del Desarrollo al 602-542-6825; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1.