

Formulario de referencia

Coordinación de Casos/
Asesoramiento de
Opciones



Los campos mínimos obligatorios de información sobre el origen de la referencia están indicados con un asterisco (*)

* Fecha de la referencia: _____

* ¿El cliente está al tanto de la referencia y ha recibido una descripción del programa? sí no

* Referido por/relación con el cliente: Cliente mismo Cuidador Familiar Profesional

* Nombre: _____

*Cargo: _____ *Agencia: _____

* Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Información del cliente

* Nombre del cliente: _____ * Fecha de nacimiento: _____

* Calle de domicilio: _____

* Ciudad y código postal: _____ *Condado: _____

* Números de teléfono: _____ *Idioma de preferencia: _____

* Refugiado/Asilado: sí no * Si la respuesta es afirmativa, fecha de llegada o fecha de entrada: _____

Número A: _____

Información de contacto adicional (familiares/amigos/guardian legal/cuidadores)

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Información de seguro médico

Número de Medicare: _____ Parte B/D o número de Advantage Plan: _____

Número del Seguro Social: _____ ¿Es veterano? sí no

Número de Medicare: _____ Número de caso 1B: _____

Otro seguro/descuento: _____

Si no está seguro de que una referencia sea apropiada, llame al 303-480-6700 o envíe un correo a ADRCreferrals@drcog.org para analizar la situación.



Inquietudes de seguridad (marque todas las que correspondan). Debe completarse antes de considerar la visita al hogar.

Violencia doméstica Acumulamiento Infestaciones Animales en la casa Armas en el hogar
Uso/Abuso de sustancias Problemas de salud mental Limitaciones cognitivas Otras preocupaciones

Explique:

Situación de vivienda actual Solo Con otros personas

Explique:

Motivos de la referencia para servicios (servicios necesarios): Sea tan específico como sea posible en estas secciones. Detalle las necesidades del individuo. Por ejemplo, si un individuo necesita atención en casa, especifique si necesita limpieza, cuidado personal o asistencia especializada de enfermería, como gestión de medicamentos.

¿Cuáles son los servicios y beneficios establecidos actualmente? (Por ejemplo: Medicare, Medicaid, estampillas de alimentos, Seguridad del Ingreso Suplementario, servicios en el hogar y la comunidad, servicios de búsqueda de vivienda, coordinación de caso)

¿Tiene un sistema de apoyo? (Por ejemplo: proveedores de servicios, familiares o amigos)

¿Cuál es el ingreso mensual? (Incluya la fuente).

¿Cuáles son las necesidades prioritarias de servicios?

* ¿Cómo beneficiarían los servicios a esta persona?

Si tiene dificultades para utilizar el contenido de este documento, por favor envíe un email a access@drcog.org o llame al 303-455-1000.

