

Formulario de iniciativa de prevención primaria de atención médica

Proveedor de atención médica: complete todas las secciones correspondientes de este formulario. Fírmelo y coloque la fecha. Puede devolvérselo al paciente o enviarlo por fax al gestor de casos mencionado anteriormente.

Número de Unidad de Asistencia (AU, en inglés)	
Nombre del titular del caso	
Departamento Local de Servicios Sociales (LDSS, en inglés)/Oficina del distrito	
Número de fax	
Gestor de caso	
Número de teléfono del gestor de caso	

Niños en edad preescolar: desde el nacimiento hasta los seis años

Nombre completo del menor	Fecha de nacimiento del menor	Dirección del menor	Fecha del examen más reciente
Número de teléfono		Número de fax	

Niños en edad escolar: de 7 a 18 años de edad

Nombre completo del menor	Fecha de nacimiento del menor	Dirección del menor	Fecha del examen más reciente
Nombre del proveedor de atención médica del menor			
Nombre del centro			
Número de teléfono		Número de fax	

Nombre completo del adulto	Dirección del adulto	Fecha del examen más reciente
Nombre del proveedor de atención médica del adulto		
Nombre del centro		
Número de teléfono		Número de fax

¿Se analizaron los servicios de planificación familiar? Sí ___ No ___

Derivación realizada para servicios de planificación familiar _____

Firma autorizadas del proveedor de atención médica y fecha: _____