Estado de Illinois Departamento de Servicios Humanos
División de Servicios de Rehabilitación
Programa de Servicios en el Hogar
Certificación del Médico

Dirección de la Oficina: _____

_____

Fax de la Oficina: _____ Teléfono de la Oficina: _____

Para Dr(a). _____ Re: _____

_____ Núm. Seguro Social: _____

_____ Fecha de Nacimiento: _____

Estimado Doctor(a):

Su paciente ha solicitado asistencia para cuidados en el hogar del Programa de Servicios en el Hogar por medio de la División de Servicios de Rehabilitación, como una alternativa a la colocación en una institución de cuidado. Proveemos los siguientes tipos de asistencia en el hogar del individuo: asistente personal, servicios para atender el hogar (homemaker), mantenimiento de salud en el hogar, respuesta electrónica en el hogar, entrega de alimentos en el hogar, equipo de adaptación, modificación del hogar, cuidado de reposo y cuidado para adultos durante el día. El individuo puede ser elegible para cualquier combinación de los servicios mencionados arriba. El plan de cuidado adjunto indica la elección del paciente de los servicios dentro de la gama del Programa de Servicios en el Hogar.

El reglamento que rige nuestro programa requiere que tengamos documentación médica de las discapacidades y que usted esté de acuerdo que el cuidado en el hogar es necesario para que el individuo mencionado arriba pueda permanecer seguro en su hogar. Por favor complete lo siguiente y devuélvalo por fax o por correo a su conveniencia. Si tiene alguna pregunta o preocupación, por favor comuníquese con algún miembro del personal del Programa de Servicios en el Hogar.

_____ APROPIADO para el Programa de Servicios en el Hogar. Sin estos servicios, el cliente está en riesgo de ser colocado(a) en una institución de cuidado.

_____ INAPROPIADO para el Programa de Servicios en el Hogar. Este paciente tiene las destrezas y/ O recursos para vivir independientemente en su hogar.

_____ INAPROPIADO para el Programa de Servicios en el Hogar. Este paciente requiere colocación en una institución de cuidado.

Por favor indique TODAS las discapacidades o impedimentos de salud CONOCIDOS que afectan las actividades de la vida diaria del paciente.

_____

_____

_____ _____
Firma del Médico Fecha

_____ _____
Firma del Personal de Revisión del DRS / HSP Fecha

IL 488-1780SW (R 06-08)