

# Formulario de transición de atención



**INSTRUCCIONES:** Si responde (Sí) a cualquiera de las siguientes preguntas, complete y devuelva este formulario.

- Por correo a: PO Box 3459, Spring Hill, FL 34611
- O por fax al: 352-515-5975
- O por correo electrónico a: [UHPUM@ulthp.com](mailto:UHPUM@ulthp.com)

## Información del miembro

APELLIDO	NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	NÚMERO DE TELÉFONO PREFERIDO

## Información para la transición

### 1. ¿Tiene alguna de las siguientes enfermedades?

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> EPOC/asma              | <input type="checkbox"/> Tratamientos activos contra el cáncer     | <input type="checkbox"/> TVP/embolia pulmonar      |
| <input type="checkbox"/> Diabetes               | <input type="checkbox"/> Enfermedad de las arterias coronarias/CAD | <input type="checkbox"/> Problemas de riñón/hígado |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular periférica/PVD        | <input type="checkbox"/> Próximos trasplantes      |

### 2. ¿Recibe alguno de estos servicios? Sí No

Servicio	Compañía/proveedor	Teléfono del proveedor
Oxígeno		
Equipo médico		
Otro equipo		
Fisioterapia/Rehabilitación		
Atención en casa		
Medicamentos intravenosos/quimioterapia		
Radioterapia		

### 3. ¿Tiene programados hospitalizaciones, operaciones o procedimientos? Sí No

Fecha	Tipo de cirugía/procedimiento	Nombre del proveedor y número de teléfono	Hospital/Centro

### 4. ¿Tuvo un trasplante el último año? Sí No

a. Si la respuesta es sí, ¿de qué tipo?

### 5. ¿Lo hospitalizaron en los últimos 6 meses? Sí No

### 6. ¿Tuvo que ir a la sala de emergencias en los últimos 6 meses? Sí No

### 7. Otras necesidades/comentarios: (Especifique el tipo de equipo médico: cama de hospital, silla de ruedas eléctrica, etc.)

**Aviso de confidencialidad:** Este fax o mensaje de correo electrónico, incluyendo cualquier documento adjunto, es para uso exclusivo de los destinatarios previstos y puede contener información confidencial y privilegiada, o estar protegido por la ley. Se prohíbe cualquier modificación, uso, revelación o distribución no autorizada. Si usted no es el destinatario previsto, comuníquese con el remitente respondiendo este correo electrónico y destruya todas las copias del mensaje original.