



# Formulario de remisión de God's Love We Deliver Asociación de médicos independientes (IPA) Healthcare Partners

**Requisitos de elegibilidad del programa: para ser elegible, el paciente debe cumplir con los siguientes criterios:**

- ser beneficiario de **Fidelis** y **United** de Medicaid;
- tener una afección crónica;
- tener acceso a un refrigerador y congelador para almacenar alimentos; tener acceso a un microondas, horno o placa calefactora para calentar alimentos;
- no tener ninguna de las siguientes alergias/restricciones alimentarias: halal, kosher, frijoles, apio, gluten, cebollas, soja, tomates y miel.

**Infórmeles a quienes califican que un miembro del equipo de God's Love We Deliver (GLWD) se pondrá en contacto con ellos para completar el proceso de inscripción.**

**En el momento de la remisión, los miembros recibirán 21 comidas por semana durante 6 meses. De ser necesario, el nutricionista dietista registrado (RDN) de GLWD puede cambiar las comidas a 14 por semana.**

**Para los envíos, las remisiones deben estar completas y deben enviarse por fax a Healthcare Partners (HCP) al (516)394-5683 o por correo electrónico a [GLWDinfo@hcpipa.com](mailto:GLWDinfo@hcpipa.com).**

|  |  |
|--|--|
| <b>FUENTE DE REMISIÓN</b>                                  | Fecha de envío: _____  |
|  | Enviado por: _____ Cargo: _____<br>Teléfono: _____ Correo electrónico: _____   |
| <b>INFORMACIÓN DEL MIEMBRO</b>                             | Nombre del miembro: _____  |
|  | Plan de salud: <input type="checkbox"/> Fidelis <input type="checkbox"/> United Health Care  |
|  | Fecha de nacimiento: _____ N.º de Medicaid: _____  |
|  | Dirección: _____ N.º de apt.: _____ Ciudad: _____  |
|  | Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____   |
|  | Contacto de emergencia: _____ Relación: _____<br>Teléfono: _____   |
|  | Nombre del médico de atención primaria (PCP): _____<br>N.º de identificación tributaria del PCP: _____<br>N.º de identificación nacional de proveedor del PCP: _____<br>N.º de teléfono del PCP: _____ Correo electrónico: _____   |
| <b>DATOS DEMOGRÁFICOS</b>                                  | <b>Género:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero/M <input type="checkbox"/> Transgénero/F  |
|  | <b>Etnia/raza:</b> <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Otra: _____  |
|  | <b>Idioma que habla:</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Criollo haitiano <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Otro: _____   |
|  | <b>Reside:</b> <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Con pareja <input type="checkbox"/> Con familia <input type="checkbox"/> Con ayuda de un asistente de salud en el hogar (HHA) o un asistente de cuidado personal (PCA) <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <b>Cantidad de personas que residen en el hogar:</b> _____ |  |



**Formulario de remisión de God's Love We Deliver  
Asociación de médicos independientes (IPA) Healthcare Partners**

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN MÉDICA**

Diagnóstico médico principal

CIE-10:

Alergias a alimentos: \_\_\_\_\_

Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

**NECESIDADES FUNCIONALES**

- El paciente muestra alteración del juicio.
- El paciente está desorientado con la persona/el lugar/el tiempo.
- El paciente muestra deambulación.
- El paciente no puede mantenerse de pie por más de 20 minutos.
- El paciente tiene un rango de movimiento gravemente limitado en los brazos y las piernas.
- El paciente necesita asistencia para caminar en el exterior.  
Dispositivo de asistencia utilizado: \_\_\_\_\_
- Salvo para las citas, la movilidad del paciente queda restringida a su domicilio.
- El paciente está postrado en la cama.
- No aplica.