

Número de fax de la instalación:

Estimado profesional médico:

Nuestra oficina ha recibido una solicitud de transporte médico no urgente para uno de sus pacientes. Este formulario se utilizará para determinar el medio de transporte más adecuado para el paciente, según sus capacidades y limitaciones funcionales, incluyendo si puede utilizar el transporte público. Su colaboración al completar este formulario es fundamental para garantizar que los pacientes reciban el medio de transporte correcto. Por favor, complete este formulario de Evaluación del Nivel de Necesidad (LON) de forma legible y completa, proporcionando la información adicional necesaria, y envíelo a MTM lo antes posible.

Paciente Información	Nombre de pila:	Apellido:	Fecha de nacimiento:	
	Número de identificación médica:	Teléfono #:	Viaje #:	
	DIRECCIÓN:	Ciudad:	Estado:	Cremallera:
Capacidades físicas y equipamiento	¿Utiliza el paciente alguno de los siguientes dispositivos de asistencia? <input type="checkbox"/> Caminante <input type="checkbox"/> muletas <input type="checkbox"/> Caña <input type="checkbox"/> Oxígeno portátil <input type="checkbox"/> Animal de servicio <input type="checkbox"/> Ortesis manual para pierna <input type="checkbox"/> Silla de ruedas o scooter eléctrico [peso:] <input type="checkbox"/> Silla de ruedas bariátrica [peso:] <input type="checkbox"/> Ninguno			
	¿Requiere el paciente la asistencia de personal capacitado para garantizar su seguridad y poder utilizar eficazmente los dispositivos de asistencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	¿Puede el paciente trasladarse por sí mismo desde la silla de ruedas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Puede el paciente alejarse por sí mismo de situaciones peligrosas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	¿Afectan los factores ambientales, como el calor o el frío, a la movilidad del paciente hasta el punto de que no pueda utilizar un medio de transporte determinado durante ciertas estaciones? <input type="checkbox"/> Sí (por favor explique): No <input type="checkbox"/>			
Cognitivo/ Habilidades sensoriales	¿Tiene el paciente alguna limitación en alguno de los siguientes aspectos que pudiera afectar su capacidad para utilizar un medio de transporte en particular? Visión: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Audición: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Estado de alerta: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Confusión: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Problemas de memoria: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>			
Mental y Salud conductual	¿El paciente presenta alguna limitación de salud mental o conductual que pueda afectar su capacidad para utilizar un medio de transporte en particular? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Embarazo	¿Está la paciente embarazada y presenta complicaciones que clasificarían su embarazo como de alto riesgo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Transporte <small>Proceso de dar un título Periodo de tiempo</small>	La limitación del transporte es: <input type="checkbox"/> Temporal hasta (fecha): <input type="checkbox"/> Permanente* * Seleccione la opción permanente únicamente si la condición del paciente no va a mejorar.			
Comentarios adicionales:				
Médico Profesional Información	Nombre impreso y credenciales:		Teléfono #:	
	Firma:	Fecha:	Número NPI de la instalación o del individuo: Si corresponde.	

¿Tiene alguna pregunta? Comuníquese con MTM al 1-888-561-8747.

Por favor, envíe este formulario completo por fax al: 1-877-406-0658, ATN: Nivel de necesidad