



Iowa Department of Human Services

Verification of Emergency Health Care Services (Verificación de Servicios de Salud de Emergencia)

Nombre del cliente (letra de imprenta o máquina):	SID #:	# de Condado y trabajador:
Padre/guardián:	SS #:	Fecha de nacimiento:

Otorgo permiso al proveedor médico o agencia para que comparta información escrita y oral acerca de los servicios de atención médica que recibí con el Department of Human Services.

Firma del paciente (o padre si es menor):	Fecha:	Esta autorización expira un año después de su firma.
Relación con el firmante: <input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Representante legal <input type="checkbox"/> Pariente vivo más cercano <input type="checkbox"/> Otros (especificar):		
Testigo de la firma si se requiere:		

Quien otorga la información

Nombre de la agencia o persona que brinda la información:	Teléfono:	Fax:
Dirección:	Ciudad/estado/cod. postal:	

Para ser llenado por el proveedor:

¿Esta persona tuvo un problema de salud que se inició súbitamente y se manifestó con síntomas agudos de suficiente gravedad (incluso dolor severo) que la ausencia de atención médica inmediata podría haber derivado en una o más de las siguientes consecuencias?

- Pusiera en serio peligro la salud del paciente, o
- Hubiera deterioro grave de funciones corporales, o
- Hubiera disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo? Sí No

¿Fueron servicios de parto? Sí No

Por favor anote las fechas de servicio y explique en detalle la(s) condición(es) médica(s) de emergencia para las que se ofreció tratamiento en la casilla inferior. **Nota:** Por favor especifique si el tratamiento fue relacionado con un transplante de órgano a partir del 10 de agosto de 1993.

Si esta persona es aprobada para recibir Servicios de Atención Médica de Emergencia, el pago cubrirá los servicios necesarios para tratar una condición médica de emergencia durante las fechas en las que se preste el servicio para tratar la emergencia. Si usted no nos dice las fechas del servicio, cuando recibamos este formulario (470-4299) supondremos que la emergencia se inició el primer día del mes de la solicitud y que finaliza el último día del mes siguiente.

Fechas del servicio (incluya sólo las fechas de tratamiento de emergencia):	
Descripción de la condición médica de emergencia (adjunte páginas adicionales si es necesario):	
Nombre en letra de imprenta o a máquina:	Fecha:
Firma del proveedor médico:	Teléfono: ()

Una fotocopia de esta autorización firmada tendrá la misma fuerza y vigor que este original.

Se conservará copia de esta autorización en el expediente del caso y estará disponible para revisión de Iowa Medicaid Enterprise.

Nombre del trabajador:	Número de teléfono:	Número de fax:
------------------------	---------------------	----------------