

A

Nombre : _____ DOB: ____/____/____ Sexo: M F

Dirección: _____ Pueblo: _____ Zip: _____

Teléfono: (Día) _____ (Alt) _____ HICN # _____

El paciente arriba mencionado ha solicitado que le proveamos los suplidos de Diabetes para ayudarle en el cuidado de esta. Por favor, complete los blancos 1 al 9 cuidadosamente, póngale fecha y firma y envíe al **FAX:**
787-756-2233 ó 1-866-339-8209

B

Nombre del médico: _____

Dirección del médico : _____ Pueblo: _____ Zip: _____

Telefono del medico : _____ FAX: _____ Persona de contacto: _____

C **RECETA PARA SUPLIDO DE DIABETES**

1. FECHA DE COMIENZO: ____/____/____ PERIODO DE DURACCION: si no es de por VIDA (99), cuantos meses _____

2. TRATAMIENTO DE INSULINA: SI NO

3. TIPO DE DIAGNOSTICO: 250.00 250.01 250.02 OTRO: _____

4. TESTING FREQUENCY: 1x/día o 30/mo. 2x/día o 60/mo. 3x/día o 90/mo. otro: _____ o ____/mo.

5. La Guía de Frecuencia de Medicare estipula que se debe usar 1x/día para persona que no tienen tratamiento de insulina o 3x/día para los tratados con insulina. Si se receta mas de esta cantidad para el tratamiento, indique la condición médica del paciente por la cual se recetó otra cantidad. Se requiere que usted haya evaluado o atendido al paciente con un máximo de 6 meses con anticipación a esta receta y que guarde en sus archivos la razón específica por la que se realizó esta orden.

Inestabilidad de azúcar en sangre Hipoglucemia Hipertensión Descontrol de azúcar en sangre

Otro: _____

6. Solicito que los siguientes suplidos de Diabetes: (Favor de tachar los que no sean requeridos)

Tirillas Lancetas "Control Solution" Lancet Device Batería Glucómetro Insulina/jeringuillas(si es insulina inyectable)

7. I would like SPM Lab to perform an **HbA1c TEST** for this patient ONCE EVERY: 3 months 4 months. 6 months

8. Your patient has requested a copy of the **HbA1c** result be sent to them. Please provide authorization to send a copy of the HbA1c test result to the patient by checking the box : Authorization to release copy of test results

9. Yo certifico que: (a) He tratado o traté a este paciente con la condición de Diabetes Mellitus a la fecha efectiva de esta orden, (b) Esta orden actualmente refleja el diagnóstico y condición del paciente y es sustentado a través del expediente médico. De haber recetado un tratamiento de alta frecuencia, se debe a que durante los últimos 6 meses he monitoreado el control de su diabetes. (c) El paciente o la persona que está a su cuidado esta (o se le estará) adiestrando sobre el uso del glucómetro. Tirillas y Lancetas y además esta capacitado para hacerse las evaluaciones de glucosa en su hogar para controlar los niveles de glucosa. (d) Yo guardaré la copia original de este documento firmado en el expediente médico del paciente para tenerlo accesible en caso de que Medicare, Medicaid, otras aseguradoras, Support Plus Medical Inc. o cualquier otro agente autorizado lo solicite.

FIRMA: _____ NPI # _____ FECHA: ____/____/____