



## SOLICITUD DE EQUIPO MÉDICO DURADERO

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Discapacidad: \_\_\_\_\_

¿Cuántas personas viven en su hogar? \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor, cónyuge, pareja o pariente más cercano: \_\_\_\_\_

Equipo solicitado: \_\_\_\_\_

¿Tiene Medicaid?  Sí  No  No está seguro

¿Trabaja en la comunidad?  Sí  No

Situación militar:  Servicio activo  Guardia nacional/reserva  Veterano

Miembro de la familia militar/veterano (hijo, cónyuge o padre)  N/A

**Planeo usar este equipo (marque UNO que corresponda):**

En mi trabajo  En mi casa/comunidad  En un entorno educativo

**Marcar UNO que corresponda:**

Sin Easterseals **no** podría pagar esto

El equipo solo estaba disponible a través de Easterseals Iowa

El equipo estaba disponible a través de otros programas, pero el sistema era demasiado complejo o largo

**OPCIONAL: la información se utiliza únicamente con fines de seguimiento. La información se mantiene confidencial.**

**Indique con qué grupo étnico se identifica:**

- Afroamericano       Asiático-americano       Caucásico       Hispánico  
 Indígena americano       Múltiples etnias       Otro

**OPCIONAL: ¿recibió la vacuna contra el COVID-19?**

- Sí, recibí una dosis  
 Sí, recibí ambas dosis  
 No, me negaré

Easterseals Iowa trabaja con Happy at Home Consulting para realizar llamadas de seguimiento de control de calidad y para determinar si la tecnología de asistencia adicional puede ayudar a los clientes con su independencia. Como parte de nuestra práctica operativa, la persona que recibe el equipo médico duradero puede recibir una llamada de Happy at Home Consulting.

**Easterseals Iowa Assistive Technology Center no recopila números de seguro social, información de seguros ni identificación personal de ninguna persona.**

### **Exención de responsabilidad**

El abajo firmante, de forma individual o como padre o tutor, en reconocimiento parcial de los servicios prestados y los beneficios conferidos por Easterseals Iowa, por la presente libera y exime para siempre a Easterseals Iowa, sus agentes y cesionarios, de todos y cada uno de los reclamos, demandas o acciones, o litigios de cualquier tipo o naturaleza de daños sufridos por el cliente mencionado anteriormente o que se acumulen para el abajo firmante como consecuencia de cualquier accidente o suceso resultante del uso de equipos médicos duraderos o la participación en cualquier programa de Easterseals Iowa, y cuando el cliente mencionado anteriormente no se encuentra en las instalaciones de Easterseals Iowa y se dedique a cualquier empresa o actividad únicamente en su propio nombre.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

La intención de Easterseals Iowa es poner a disposición equipos que estén en buen estado de funcionamiento. Si dentro de los 14 días posteriores a la recepción del equipo, el consumidor o cuidador determina que no está en condiciones de funcionamiento adecuado, se debe notificar a Easterseals Iowa de inmediato. En ese momento, Easterseals Iowa hará todo lo posible para reparar el equipo, determinar si se puede hacer un cambio o reembolsar la tarifa del equipo. Los gastos de envío no son reembolsables. Después de 14 días a partir de la fecha original del préstamo, es responsabilidad del consumidor reparar o mantener el equipo, o desecharlo según corresponda.

Para uso exclusivo del consultorio:

Equipo prestado: \_\_\_\_\_

Número de identificación: \_\_\_\_\_

Fecha de alta: \_\_\_\_\_

Arancel pagado: \_\_\_\_\_

Fecha de devolución: \_\_\_\_\_

**Debe ser completado por un médico, fisioterapeuta u otro profesional médico.**

Nombre de los pacientes: \_\_\_\_\_

Nombre y dirección del médico, el fisioterapeuta y otro profesional médico:

\_\_\_\_\_

Diagnóstico (enumere todas las condiciones incapacitantes):

\_\_\_\_\_

Códigos ICD 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) para diagnóstico:

\_\_\_\_\_

Equipo solicitado:

\_\_\_\_\_

**La firma de los profesionales educativos/médicos a continuación indica que el equipo o servicio mejorará la salud/bienestar de los solicitantes, ya que los ayudará a completar las ADL (actividades de la vida diaria), acceder a oportunidades recreativas o promover la inclusión dentro de su hogar/comunidad.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Aclaración en letra imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**\*Revisado el 10-10-2023**