

**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD DE ARIZONA**  
**SERVICIOS DE REABILITACIÓN PARA NIÑOS(CRS)**

**Favor de enviar éste formulario a la clínica más cercana**

124 W. Thomas Rd.,Phoenix, AZ 85013 (800) 392-2222 Tel (602)406-5731 Fax (602) 406-7166  
 2600 N. Wyatt Dr. Tucson, AZ 85712 85712 (800) 231-8261 Tel (520)324-5437 Fax (520)324-3084  
 1200 N. Beaver, Flagstaff, AZ 8586001 (800) 232-1018 Tel (928)773-2054 or Fax (928)773-2286  
 2400 S. Avenue A, Yuma Az 85364 (800) 837-7309 Tel (928)336-7095 or Fax (928)336-7497

**APLICACIÓN PARA CRS**

**Fecha de Hoy:**

Nombre del Niño/a ( Apellido, primer,Segundo)			Raza	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)	
Padre o Tutor (Apellido, primer, segundo)			Parentesco a el Paciente <input type="checkbox"/> Padre Natural(s) <input type="checkbox"/> Adoptivo <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro			
Domicilio	Calle	Ciudad	Estado	Código Postal	Condado	Ciudadano de EU <input type="checkbox"/> Si o <input type="checkbox"/> No
Teléfono del Hogar	Número de Celular/Mensaje		Numero de teléfono de Trabajo		Dirección Electronica /E-mail	
En Caso de Emergencia(Nombre, Relación, Dirección, Teléfono)						
Médico Primario del Paciente			Dirección		Número de Teléfono	
Referido por: (Nombre, Dirección, Teléfono) ( Éste individuo verifica que los padres/tutor del niño han sido notificados sobre esta referencia)						
Razón por la Referencia a CRS:						
Lista de Diagnosis Principales (e.g. Labio Laporin, Paralisis Cerebral, VSD, etc.) Favor de enviar copias del Historial Médico, adjunto						
1)		4)				
2)		5)				
3)		6)				
Lista de alergias conocidas						
1)		2)		3)		
				4)		
¿Ha recibido el niño/a anteriormente servicios de CRS			¿ Año?		¿ Donde?	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
Nombre de la Persona que completó éste formulario		Domicilio		Teléfono ( )		
				Parentesco a el Paciente		

**PERMISO PARA OBTENER LOS ARCHIVOS MÉDICOS**

Por este medio autorizo a los Servicios de Rehabilitación para Niños a travez de los contratistas autorizados, de solicitar y obtener fotocopias de los archivos médicos referente al paciente nombrado arriba.:

Obtener archivos médicos del:

Médico de Primer Cuidado \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Especialista: \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Especialista: \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Terapeuta/Educación: \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Éste consentimiento se vence un año después de la fecha firmada. Doy mi consentimiento libremente, voluntariamente y sin coacción. Yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento, solo tengo que notificar a la clínica de Servicios de Rehabilitación Para Niños por escrito. Yo comprendo que una fotocopia o facsimile de esta autorización es considerada aceptable en lugar de la original.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Consentimiento del Padre/Tutor                      Fecha                      Parentesco a el Paciente

Plan de AHCCCS  Si  No Asegurancia Médica  Si  No Favor de incluir una copia de la tarjeta de información de aseguranza.

<b>PARA USO DE LA CLINICA DE CRS</b>				
Aplicación Revisada Por:			Fecha	<input type="checkbox"/> Aprobada
Clínica de Especialidad:				
<input type="checkbox"/> PENDIENTE Exámenes diagnosticos	<input type="checkbox"/> PENDIENTE documentación médica	<input type="checkbox"/> Negar - no documentación médica	<input type="checkbox"/> Negar – no elegible médicamente	<input type="checkbox"/> Negar – Otra razón