



Referral # \_\_\_\_\_

**PROGRAMA DE VOLUNTARIOS DE PROVEEDORES DE ATENCIÓN  
DE SALUD FORMULARIO PARA REFERIR A PACIENTES**

**NOTIFICACIÓN PARA EL PACIENTE**

Usted ha sido referido a un programa de proveedores voluntarios de servicios de salud, el cual le brindará estos cuidados a usted, o a otra persona de la cual usted es legalmente responsable. Su participación en este proceso es voluntaria. Los servicios que usted va a recibir de los profesionales de salud serán provistos sin costo alguno. Sin embargo, a usted se le podría cobrar por los servicios de farmacia o laboratorio. Los proveedores voluntarios prestan estos servicios de salud a nombre del Estado de la Florida, y sirven como agentes del Estado. Al aceptar ser referido, usted reconoce que el Estado de la Florida es responsable de cualquier daño que usted u otra persona, de la cual usted es legalmente responsable, pudieran sufrir. La responsabilidad del Estado de la Florida sera limitada de acuerdo con la ley s. 768.28, F.S. (en la parte de atrás)

Yo certifico por este medio que he leído la notificación expuesta arriba, y he entendido que voy a ser referido a un proveedor voluntario de servicios de salud, quien me atendera a mí o a otra persona de la cual yo soy legalmente responsable. Yo autorizo cualquier examen, procedimiento y tratamiento considerado necesario por el médico(s) o cualquier otro profesional de servicios de salud (o a otra persona que el/ella pueda designar como asistente).

Además reconozco que tengo la responsabilidad de informar a la clínica de cualquier cambio de situación en mi seguro financiero o de salud antes de mi próxima visita.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ La Fecha: \_\_\_\_\_

Si el tratamiento es para un menor, indique la relación con el niño(a) \_\_\_\_\_

Patient's Name: _____	Date of Birth: _____
Address: _____	Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Phone: _____	Race: <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> Asian/PI
	<input type="checkbox"/> Am Indian/Alaskan Native
	Ethnicity: <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Non-Hispanic

Eligibility: (check one)  DOH client  200% poverty or less  Medicaid eligible (no provider available)

Referral Type:  Medical Care  Dental Care  Other (Specify) \_\_\_\_\_

Notes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
DOH Referring Person's Signature      Date

Referred to: \_\_\_\_\_

Address/Phone: \_\_\_\_\_

As needed, the above-named health care provider is referring this patient to the following health care providers who are also under contract as outlined in section 766.1115, Florida Statutes, and are agents of the state:

Pathologist: \_\_\_\_\_

Laboratory: \_\_\_\_\_

Radiologist: \_\_\_\_\_

Anesthesiologist: \_\_\_\_\_

Response to Referral Originator:  
(actual services provided) \_\_\_\_\_

Date Service Received: \_\_\_\_\_

Additional Comments: \_\_\_\_\_

Estimated Value of Health Care Provided \$ \_\_\_\_\_  
(or attach billing info)

\_\_\_\_\_  
Volunteer Health Care Provider Signature      Date