

FORMULARIO DE CONFIRMACIÓN DE CITA

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ PADRE/CUIDADOR: _____
 DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____
 ESTADO: _____ CÓDIGO ZIP: _____ TELÉFONO: _____
 Dirección o número de teléfono nuevo? Sí No

INSTRUCCIONES

- Registre todas las citas/hospitalizaciones - aún si no está solicitando un reembolso de millas - y que el personal médico ponga las iniciales
- Reembolso de millas: ponga un cheque en el "no" si ha recibido reembolso o usó transporte de Medicaid, seguro médico privado, o otra organización; ponga un cheque en el "sí" para solicitar reembolso de millas de CCP
- Favor de enviar este formulario mensual con sus recibos de alimentos y aparcamiento. CCP no va a aceptar el formulario después de 60 días
- Los recibos de comida tienen que ser desglosados y claramente mostrar la fecha, método del pago, y cantidad total
- Los recibos de comida tienen que ser en orden de fecha y coincidir con las fechas de las citas abajo - un recibo de comida cada cita ambulatoria y tres recibos de comida cada día para viajes nocturnos/hospitalizaciones. No aceptamos recibos de gasolina

Request to medical staff: Please initial to confirm the patient was at your facility on the date listed so we may reimburse their travel costs. If you have questions, call Children's Cancer Partners at 864-582-0673. Thank you!

Fecha / Intervalo de fechas	¿Hospitalización o cita?	¿Viaje nocturno requerido? <i>Cheque si es así</i>	Centro médico (proporciona la dirección si no es el centro médico primario)	¿Solicitando reembolso de millas de CCP?	Initial by medical staff/Inicial o firma de personal
Ejemplo: Jan 8	Cita	<input type="checkbox"/> sí	Labcorp - 2505 Delaney Ave Wilmington, NC 28403	<input checked="" type="radio"/> Sí / No	TH
Ejemplo: Jan 28 - Feb 2	Hospitalización	<input type="checkbox"/> sí	UNC Hospital	<input checked="" type="radio"/> Sí / No	BC
1.		<input type="checkbox"/> sí		Sí / No	
2.		<input type="checkbox"/> sí		Sí / No	
3.		<input type="checkbox"/> sí		Sí / No	
4.		<input type="checkbox"/> sí		Sí / No	
5.		<input type="checkbox"/> sí		Sí / No	
6.		<input type="checkbox"/> sí		Sí / No	
7.		<input type="checkbox"/> sí		Sí / No	
8.		<input type="checkbox"/> sí		Sí / No	
9.		<input type="checkbox"/> sí		Sí / No	
10.		<input type="checkbox"/> sí		Sí / No	

Notes: _____

Firma del padre/cuidador: _____ Fecha: _____



Para pedir el envío de más formularios, favor de escanear este código QR. Para descargar su propio formulario, puede visitar a: childrenscancerpartners.org/how-we-help/