

Receta para calzado terapéutico

Nombre: _____ Numero de identificación: _____

Fecha de nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____

Seleccione todo lo que es apropiado:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus (250.00) | <input type="checkbox"/> Edema |
| <input type="checkbox"/> Dedo(s) deforme(s) | <input type="checkbox"/> Neuroma |
| <input type="checkbox"/> Juanete(s) | <input type="checkbox"/> Deformidad |
| <input type="checkbox"/> Ulcera (s) | <input type="checkbox"/> Inestabilidad del tobillo |
| <input type="checkbox"/> Callo(s) | <input type="checkbox"/> Pie caído |
| <input type="checkbox"/> Amputación(es) | <input type="checkbox"/> Desorden de la tibia posterior |
| <input type="checkbox"/> Deformidad Charcot | <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular periferal |
| <input type="checkbox"/> Fascitiis | <input type="checkbox"/> Neuropatía |

El paciente requiere:

- Calzado diabético, no hecho especial (A5500)

Con:

- Plantillas moldeables al calor, no hechas especiales (A5512)
- Plantillas hechas especiales (A5513)

Lesiones que ocupan acomodaciones: IZQUIERDO 1 2 3 4 5

DERECHO 1 2 3 4 5

- Rellenador de dígito amputado (L5000)

Observaciones: _____

Nombre de recetante: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Declaración del Doctor Certificante

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Certifico que los siguientes plantamientos son verdaderos:

- Este paciente tiene diabetes mellitus. Código ICD-9: _____
(Códigos ICD-9 250.00-250.93)
- Este paciente padece de una o mas de las siguientes condiciones;
(seleccione todo lo que es apropiado):
 - Historial de amputación total o parcial
 - Neuropatía periferal con callos
 - Historial de úlceras de los pies
 - Deformidad de los pies
 - Historial de callos preulcerativos
 - Mala circulación sanguínea
- Tengo a este paciente bajo tratamiento comprensivo para su diabetes
- Este paciente necesita zapatos (con extra profundidad) y plantillas especiales debido a su condición

Información del Doctor Certificante: (debe de ser un doctor certificado)

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

DEA#: _____ Medicare UPIN: _____

Inscrito en PECOS: Si No