



INFORMED SOBRE LOS PROBLEMAS DE ACCESO PARA LOS PACIENTES CON LOS TRASTORNOS HEMORRÁGICOS

Aviso de privacidad: Su identidad no se les revelará a otros individuos, grupos ni organizaciones fuera de HCC sin el permiso escrito expreso. Envíe el informe a healthaccess@hemophiliaca.org o por correo.

Nombre de paciente: _____ Edad: _____ Género: M F
(opcional)

Condado de residencia de paciente: _____

Trastorno hemorrágico: Hemofilia La enfermedad de von Willebrand Otro: _____
(por favor, especifique)

Tipo de seguro médico: Medi-cal CCS GHPP Medicare
Privado (nombre de plan): _____ No sé

¿Quién rellena este informe? Paciente Padre Cuidador Miembro del personal de HTC
Capítulo (Por ejemplo, HFNC, HFSC, CCHF, HASDC) Representante de una farmacia de especialidades
Otro: _____
(por favor, especifique)

Nombre de centro médico donde ocurrió el problema: _____

Nombre de médico (opcional): : _____

La manera mejor de comunicarse con usted si se necesita más información: (opcional):

Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL PROBLEMA

La fecha que empezó/empezaron el/los problema(s): _____ Tipo de problema: Acceso al HTC

Aprobación de medicamento Opciones de farmacia de especialidades Otro: _____

Describe el problema Por favor, deje la primera palabra en los campos abajo para retener el formato.)

¿Cuáles pasos se tomaron hacia resolver el/los problema(s)?

¿Se resolvió el/los problema(s)? Por favor, especifique si ha sido resuelto completamente o de forma imperfecta. Haga una lista de cualquier problema que exista todavía.

Observaciones adicionales
