

Programa de Servicios para Niños con Necesidades de Salud Especiales (CSHCN) Certificación de Transacción



Este formulario se debe archivar en el expediente del cliente para *todo* el equipo médico duradero (DME por su sigla en inglés), ortopedia y prótesis, zapatos especiales, anteojos y aparatos para la comunicación aumentativa. *No entregue este formulario con su reclamación.*

Si necesita ayuda para completar este formulario llame al Centro de Contacto del Programa de Servicios CSHCN - TMHP al 1-512-514-3000, opción 2, o 1-800-568-2413.

Escriba a mano o a máquina la siguiente información.

Información del cliente:

Nombre:	Apellido:
Número del Programa de Servicios CSHCN: 9-_____00	Fecha de nacimiento:
Dirección/Ciudad/Estado/Código Postal:	
Diagnóstico:	

Información del producto:

Artículo	Cantidad recibida	Descripción (incluir el número del modelo si aplica)	Número de serie del fabricante (únicamente para DME)

Certificación:

Certifico que el _____ (mm/dd/aaaa):

- El cliente recibió el producto como lo recetó el médico.
- El producto se ajustó adecuadamente al cliente y satisface sus necesidades.
- El cliente, su padre/madre o tutor, y su principal cuidador(a) recibieron capacitación e instrucciones relacionadas con el uso y mantenimiento adecuados del producto.

Escriba a mano o a máquina el nombre del receptor:

Firma del cliente, su padre, madre, o su representante:	Fecha:

Escriba a mano o a máquina el nombre del proveedor:

Firma del proveedor:	Fecha:

EL RECEPTOR Y EL PROVEEDOR DEBEN FIRMAR Y ANOTAR LA FECHA EN ESTE FORMULARIO AL MOMENTO QUE SE RECIBA O ENTREGUE ESTE PRODUCTO. LA FECHA DE ENTREGA DEL PRODUCTO QUE APARECE EN ESTE FORMULARIO ES LA FECHA DE SERVICIO QUE DEBE APARECER EN LA RECLAMACIÓN. EL PROVEEDOR DEBERÁ CONSERVAR UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO EN SUS ARCHIVOS DURANTE LA VIDA ÚTIL DEL PRODUCTO O EQUIPO O HASTA QUE SE AUTORICE SU REEMPLAZO.