

In order to process this form please complete all areas.

Person filling out the form: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Relationship to patient: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Urgent

Routine

**Diagnosis or Problem:** \_\_\_\_\_

**Section 1 – Patient Name and Information as it appears on ID**

First Name: \_\_\_\_\_ Last Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_ Gender:  Male  Female

Address where patient will be seen (**must be in Harris County**):

\_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_ Social Security Number: \_\_\_\_\_

Insurance: \_\_\_\_\_ Insurance Phone #: \_\_\_\_\_ Member ID#: \_\_\_\_\_

Emergency Contact Name: \_\_\_\_\_ Emergency Contact Phone: \_\_\_\_\_

**Section 2 – House Call Program Location**

LBJ House Call UT (Palliative, Geriatric & Family Medicine)

BT House Call Baylor (Geriatric)

Preferred days and time of visit: \_\_\_\_\_

*(Preferred days and times are subject to change)*

**Section 3 – Reason for House Call** (check all reasons)

Cannot leave home (homebound)

Needs ambulance to leave home

Frequent Emergency Room visits

Missed 2 or more clinic appointments in a row

Care to manage symptoms (Palliative Care)

Other: \_\_\_\_\_

**Section 4 – Attach all clinical and demographic information**

**Copy of patient's:**

State issued Driver's License, ID, or passport with picture

Insurance card; copy both sides; hospital demographics sheet

History and Physical, Laboratory findings, Discharge summary

Where/when last admitted to hospital: \_\_\_\_\_

**Primary Care Physician Contact information:**

Name: \_\_\_\_\_

Phone #: \_\_\_\_\_

Fax#: \_\_\_\_\_

Printed Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

Patient ID: \_\_\_\_\_



**House Call Services Request**

Phone #: 713-814-4505 Fax#: 713-440-5585

Email: [housecallprogram@harrishealth.org](mailto:housecallprogram@harrishealth.org)

283642 | 06.15 | Front

Es necesario completar todas las áreas para procesar el formulario.

Persona que llena el formulario: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Urgente

Rutina

**Diagnóstico o problema:** \_\_\_\_\_

**Sección 1 – Nombre del paciente y la información que aparece en ID**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Género:  Masculino  Femenino

Dirección donde se verá al paciente (en condado de Harris):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Seguro médico: \_\_\_\_\_ # de contacto seguro: \_\_\_\_\_ # de identificación: \_\_\_\_\_

Nombre y número de emergencia: \_\_\_\_\_

**Sección 2 – Ubicaciones del visitas a domicilio**

Visita a Domicilio de UT LBJ (Paliativo, Geriátrico, Medicina Familiar)

Visita a Domicilio de Baylor (Geriátrico)

Días de servicio y horarios preferentes para visita:  
\_\_\_\_\_

(sujetos a cambio)

**Sección 3 – Razón para la vista en casa**

(marque todas las razones)

No puede salir de su casa (confinada a la casa)

Necesita ambulancia para salir de casa

Frecuentes visitas a la sala de emergencia

Faltò a dos más citas consecutivas en la clínica

Cuidado para alivio de síntomas (cuidados paliativos)

Otros: \_\_\_\_\_

**Sección 4 – Adjnte la información clínica y demográfica**

**Copia de las siguientes documentos del paciente:**

Licencia de conducir emitida por el estado, identificación o pasaporte con foto

Copia (por ambos lados) de la tarjeta de seguro médico

Historia y examen físico, resultados de laboratorio, resumen de dada de alta

Lugar y fecha de últimas admisiones al hospital: \_\_\_\_\_

Nombre (letra de molde): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**Médico de cabecera:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono #: \_\_\_\_\_

Fax #: \_\_\_\_\_

Identificación del paciente:

**HARRISHEALTH**  
SYSTEM

**SOLICITUD PARA LOS SERVICIOS DE VISITAS EN CASA**

Teléfono #: 713-814-4505 Fax#: 713-440-5585

Correo electrónico: [housecallprogram@harrishealth.org](mailto:housecallprogram@harrishealth.org)

283642 | 06.15 | Back