

Medical Feedback Form – Medical Case Management

CHILD'S NAME: _____ DOB: _____

FOSTER PARENT: _____

MEDICAL PROVIDER'S NAME: _____

CLINIC NAME AND ADDRESS: _____

CLINIC PHONE: _____

This section to be completed by child's caretaker and submitted to DFS:

DATE OF VISIT: _____

MEDICAL CONCERN:

EPSDT (well child check) ___ Yes ___ No Immunizations ___ Yes (list below)

DESCRIBE PROBLEM/CONCERNS, ASSESSMENT AND/OR DIAGNOSIS:

INSTRUCTIONS FROM PROVIDER: (MEDICATIONS? TYPE? HOW MUCH? HOW OFTEN?)

TO RETURN FOR FOLLOW UP (IF NEEDED): _____

This is to verify that I have provided medical care for the above named child on the date given:

MEDICAL PROVIDER'S SIGNATURE: _____ **DATE:** _____

Please return form to:
DFS Medical Case Management Unit
1850 E. Flamingo Rd. Suite 203
Las Vegas, NV 89119
Favor de envíe el formulario al:
DFS Medical Case Management Unit
1850 E. Flamingo Rd. Suite 203
Las Vegas, NV 89119

Or by fax to:
(702) 380-9914

Por fax al:
(702) 380-9914

Or by email to:
DFSMedicalRecordRequest@clarkcountynv.gov

O por correo electrónico:
DFSMedicalRecordRequest@clarkcountynv.gov

Formulario de Información Médica de la Oficina de Servicios a la Familia

NOMBRE DEL MENOR: _____ Fecha de Nacimiento: _____

PADRE/MADRE TEMPORAL: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____

NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA CLÍNICA: _____

TELÉFONO DE LA CLÍNICA: _____

Esta sección debe ser rellena por la persona quien proporciona los cuidados al menor y enviada al DFS:

FECHA DE LA CITA: _____

PROBLEMA DE SALUD:

EPSDT (well child check) ____ Yes ____ No Immunizations ____ Yes (list below)

DESCRIBA LOS PROBLEMAS/PREOCUPACIONES Y/O DIAGNÓSTICO: (POR FAVOR INDIQUE SI ESTA ES UNA VISITA REGULAR O SI SE SUMINISTRÓ VACUNAS):

INSTRUCCIONES DEL PROFESIONAL DE SALUD: (¿MEDICAMENTOS? ¿QUÉ TIPO? ¿QUÉ CANTIDAD? ¿CON QUÉ FRECUENCIA?)

REGRESAR PARA SEGUIMIENTO (SI NECESARIO): _____

Esto es para confirmar que proporcioné atención médica al menor arriba mencionado en esta fecha:

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD: _____ FECHA: _____

Please return form to:
DFS Medical Case Management Unit
1850 E. Flamingo Rd. Suite 203
Las Vegas, NV 89119
Favor de envíe el formulario al:
DFS Medical Case Management Unit
1850 E. Flamingo Rd. Suite 203
Las Vegas, NV 89119

Or by fax to:
(702) 380-9914

Por fax al:
(702) 380-9914

Or by email to:
DFSMedicalRecordRequest@clarkcountynv.gov

O por correo electrónico:
DFSMedicalRecordRequest@clarkcountynv.gov