

Proveedor de atención médica Formulario de verificación médica

Un proveedor de atención médica también puede completar este Formulario de verificación médica en línea en www.biokinetix.com/lextran.

Envíe un correo a: *Kort Physical Therapy
Attn: Lextran Paratransit
1650 Bryan Station Rd, Ste 122
Lexington, KY 40505*

Nombre del solicitante: _____ Fecha de nacimiento: _____

1. **Enumere los diagnósticos o condiciones médicas que impiden que el solicitante utilice el autobús Lextran de forma independiente:**

2. **Describa cómo la discapacidad del solicitante le impide utilizar los autobuses de ruta fija Lextran de forma independiente:**

3. **Fecha de inicio:** _____

4. **¿La limitación funcional del solicitante es permanente?** _____

En caso negativo, ¿cuál es la duración prevista: _____

5. **¿El solicitante necesita un asistente de cuidado personal (PCA)?**

En caso afirmativo, explíquelo: _____

Certifico que tengo licencia/certificación y actualmente estoy tratando al solicitante mencionado anteriormente.

Certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud es una representación justa de las discapacidades (o condiciones de salud) del solicitante y es verdadera y correcta.

Entiendo que la información proporcionada se utilizará con el fin de determinar la elegibilidad del solicitante para el servicio de paratransito de Lextran Wheels.

Firma del proveedor de atención médica

Fecha



Escriba en letra imprenta claramente su información de contacto a continuación:

Nombre: _____ Número de certificación de la junta o número de licencia: _____

Número de teléfono: _____

Dirección comercial: _____