



Remisión a un profesional médico para AWARE

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Yo, el abajo firmante, soy un proveedor médico o de salud mental que brinda atención a este paciente. Debido a la condición médica o de salud mental del paciente, considero que sería beneficioso para él/ella ser parte del programa de calcomanías para ventanas "AWARE" y recomiendo que se le proporcione la calcomanía.

Los proveedores calificados incluyen: médico, psicólogo, enfermero practicante, asistente médico, trabajador social clínico licenciado, consejero licenciado en salud mental, terapeuta matrimonial y familiar licenciado, consejero licenciado en adicciones clínicas.

Proveedor de atención médica / de salud mental (imprimir)

Proveedor de atención médica / de salud mental (Firma)

Fecha

Los siguientes son ejemplos de algunas condiciones médicas que se beneficiarían del programa. Sin embargo, la lista puede no incluir algunas condiciones/diagnósticos que el proveedor puede recomendar en beneficio del paciente.

- > Convulsiones (Seizures)
- > Autismo (Autism)
- > Síndrome de Down (Down Syndrome)
- > Trastorno de estrés postraumático (Post-Traumatic Stress Disorder)
- > Esquizofrenia (Schizophrenia)
- > Lesión cerebral postraumática con secuela (Post Traumatic Brain Injury with Sequelae)
- > Trastorno bipolar (Bipolar Disorder)
- > Demencia (Dementia)
- > Discapacidad intelectual / del desarrollo (Intellectual/Developmental Disability)
- > Diabetes con alto riesgo de hipoglucemia (Diabetes with high risk of hypoglycemia)

Envíe el formulario firmado a su departamento de policía local que apoya a AWARE en su comunidad.