



**NEWMAN**  
REGIONAL HEALTH  
MEDICAL EQUIPMENT

1503 W 12<sup>th</sup> Ave Emporia, KS 66801 Teléfono: 620-343-1800 Fax: 620-343-1859 or 877-314-6828

## **Formulario de Pedido de Zapatos para Diabéticos**

Fecha: \_\_\_\_\_

M  H

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Diagnóstico ICD10 : \_\_\_\_\_ Duración de necesidad: \_\_\_\_\_

**(x) A5500 Un par de zapatos terapéuticos con incrustaciones de profundidad disponibles en el estante, fabricados para acomodar insertos de densidad múltiple. Un par por año.**

**(x) A5512 Tres pares de inserciones de densidad múltiple para los zapatos terapéuticos. 3 pares por año**

### **Declaración del Médico Certificador**

Certifico que todas las siguientes declaraciones son verdaderas:

1. Este paciente tiene diabetes mellitus.
2. Este paciente tiene una o más de las siguientes condiciones. (Encierre en un círculo todas las que apliquen):
  - a) Historia de amputación parcial o completa del pie
  - b) Historia de ulceración previa del pie
  - c) Historia de callos pre-ulcerativos
  - d) Neuropatía periférica con evidencia de formación de callos
  - e) Deformidad del pie
  - f) Mala circulación
3. Estoy tratando a este paciente bajo un plan de cuidado integral para su diabetes.
4. Este paciente necesita zapatos especiales (profundos o moldeados a la medida) debido a su diabetes.

Orden Verbal:  Si  No

Orden Completado Por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre Impreso del Médico: \_\_\_\_\_ NPI: \_\_\_\_\_

Dirección y Numero Telefónico \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_