



St. Thomas East End Medical Center Corporation  
4605 Tutu Park Mall, Sala 207  
P.O. Box 503177  
St. Thomas, VI 00805-3177



Tel: (340)775-3700  
Fax: (340)777-7927

“Su Salud es nuestra Primera Prioridad”

## **Solicitud de Programa de Transportación**

St. Thomas East End Medical Center Corporation provee servicios de transporte que no son de emergencia. El propósito de este programa es asegurar el transporte hacia y desde los servicios relacionados con STEEMCC programados. El paciente recibirá un pase para acceder al uso del transporte público, para ir y venir de su cita médica. Su proveedor médico debe autorizar su necesidad para transporte completando una solicitud de transportación para servicios institucionales fundados. La elegibilidad del paciente para un cupón de transporte se basa en los siguientes requisitos:

- El paciente requiere apoyo durante una cita médica.
- El paciente está discapacitado (a) físicamente, mentalmente, o del desarrollo.
- El paciente no tiene acceso a transporte personal.

El personal clínico completará la solicitud de transporte y el formulario para presentarlo en la oficina principal al momento de la salida. Patient Access presentará al paciente un pase en el momento de la salida y hará una anotación en el archivo.

### **Alcance de los Servicios**

1. Cita con un proveedor en STEEMCC
2. Pruebas de laboratorio
3. Remisión de pacientes no emergentes a la sala de emergencias
4. Remisión para una cita el mismo día con un proveedor de consultoría
5. Transporte desde los servicios enumerados anteriormente hasta la parada de autobús más cercana al hogar del paciente.

### **Instrucciones**

1. Ingrese la información demográfica del paciente.
2. Especifique por qué se requieren servicios de transporte
3. Describa la atención médica específica que se brindará, ubicación y la fecha de los servicios.
4. Indique cuántos pases de transporte requiere el paciente. Indique si hay una razón médica por la que el paciente o el tutor/guardian que acompaña al paciente no puede acudir a una cita.
5. Este documento requiere las firmas del paciente y / o tutor /guardian legal, el representante de STEEMCC (el miembro del personal que verifica la solicitud o ayuda al paciente), un Proveedor activo de STEEMCC y el Representante de CFO.
6. Este documento debe escanearse en la ficha electrónica del paciente.



St. Thomas East End Medical Center Corporation  
 4605 Tutu Park Mall, Sala 207  
 P.O. Box 503177  
 St. Thomas, VI 00805-3177



Tel: (340)775-3700  
 Fax: (340)777-7927

"Su Salud es nuestra Primera Prioridad"

**Transportation Request Form**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 (Escriba en Molde)

Número de teléfono #: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Gender:  Femenino  Masculino ¿Necesita el paciente un acompañante para viajar?  Sí  No

Si es así, provee el nombre del acompañante: \_\_\_\_\_

Fecha del servicio necesario para el transporte: \_\_\_\_\_

Ubicación del servicio necesario para el transporte: \_\_\_\_\_

**Proveedor solicitante**

- |   |  |   |                                      |
|---|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dr. B. Douglas   | <input type="checkbox"/> Dr. G. Caines     | <input type="checkbox"/> Dr. L. Moolenaar III | <input type="checkbox"/> Laboratorio |
| <input type="checkbox"/> B. Christian, NP | <input type="checkbox"/> Dr. J. Meservy    | <input type="checkbox"/> Dr. L. Thompson      | <input type="checkbox"/> Enfermera   |
| <input type="checkbox"/> Dr. C. Lloyd     | <input type="checkbox"/> Dr. J. Meyers     | <input type="checkbox"/> N. Williams- Prince  | <input type="checkbox"/> Farmacia    |
| <input type="checkbox"/> Dr. D. Simmonds  | <input type="checkbox"/> K. Smith Wong, NP | <input type="checkbox"/> Dr. T. Richards      | <input type="checkbox"/> Otros _____ |
| <input type="checkbox"/> Dr. D. Boschulte | <input type="checkbox"/> L. Gewinner       | <input type="checkbox"/> V. James Danet       |                                      |

**Número de viajes solicitando:**  1  2  3  4  Otros \_\_\_\_\_

¿Por qué se requieren los servicios de transporte?

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por favor escribe en molde la relación con el paciente (si es firmado por un representante personal del paciente):  
 \_\_\_\_\_

**OFFICIAL USE**

Patient ID#: \_\_\_\_\_  Approve  Deny

If denied, explain: \_\_\_\_\_

Provider Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Please check applicable title:  DH  MD  PhD  RNP  
 DDS  PA  RN  Other: \_\_\_\_\_

STEEMCC Representative: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

CFO Representative: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_