



# HOLISTIC GROWTH

Integrative Mental Health Counseling - Multicultural Consulting  
Complementary and Alternative Therapies - Life Coaching

Tel. 808-824-0721

**FAX 828-933-1134**

## FORMULARIO DE REFERENCIA

Gracias por su referencia. Nos complace poder colaborar en el cuidado de su paciente. Por favor complete el formulario y envíelo por fax solamente al 828-933-1134.

Fecha: \_\_\_\_\_ Referido por: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Número de proveedor referente: \_\_\_\_\_ NPI del proveedor: \_\_\_\_\_

Motivo/s de Referencia: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Información del cliente:**  Adulto  Adolescente  Adulto Idioma de preferencia:  Español  Español

Diagnóstico ICD: \_\_\_\_\_

Servicio/Specialty Requerida: \_\_\_\_\_

Nombre Completo del Paciente: (Apellido/Nombres): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Género:  Masculino  Femenino N° SSN: \_\_\_\_\_

Dirección del Cliente: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono principal: \_\_\_\_\_ Otro Teléfono: \_\_\_\_\_

Para niños solamente (por favor complete lo siguiente):

Nombre del Padre / Guardián / Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono principal: \_\_\_\_\_ Otro Teléfono: \_\_\_\_\_

Holistic Growth es un servicio fuera de la red de seguros médicos. Ofrecemos servicios de terapias integrativas ambulatorios en nuestras oficinas.

ORDEN POR NECESIDAD MÉDICA (por el proveedor referente)

Direcciones: POR FAVOR PROVEE SU FIRMA PARA EL SERVICIO RECOMENDADO. LA FECHA EFECTIVA DEBE SER LA FECHA EN QUE EL SERVICIO SE DETERMINÓ NECESARIO.

Se ha determinado que los servicios indicados a continuación son médicamente necesarios para el cliente mencionado anteriormente. Esta orden de servicio no indica la supervisión del servicio prestado o que el MD o el Psicólogo, NP o PA tiene alguna función que no sea la determinación de la necesidad médica, a menos que otros puntos especificados en otra parte (por ejemplo, el tratamiento del psiquiatra).

Servicio solicitado	Fecha de solicitud & Firma	Nombre Completo o sello	Firma del MD PhD, NP o PA con credenciales. No sellos por favor.
Psicoterapia			