



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

Localización de Loving Hearts: **Lafayette**

### Fuente de Referencia

Agencia/Hospital/Instalación: \_\_\_\_\_ Persona de Contacto: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Guardian/Representante: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Información de Medicaid: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_ Etnicidad: \_\_\_\_\_  Femenino  Masculino

### Servicios Solicitados (Por favor marquen todas las que apliquen):

Servicios de exención

Pago Privado

Servicios de Relevó

Servicios de Cuidado Personal - Largo Plazo  
LoCET llámó:  Si  No

**POR FAVOR LLAME, ENVÍE UN FAX, O ENVÍE REFERENCIA E  
INFORMACIÓN A LA OFICINA LOCAL DE LOVING HEARTS OF LA:**

101 La Rue France, Suite 201

Lafayette, LA 70508

**Teléfono: 337-233-7250**

**Fax: 337-233-7104**

**Email: [info@lovingheartsofla.com](mailto:info@lovingheartsofla.com)**

### Esta sección es completada por el Personal de Loving Hearts:

LH Contacto de Admisión: \_\_\_\_\_ Fecha de contacto inicial con el cliente: \_\_\_\_\_

Cita Inicial de Evaluación:  Si  No Si es así, Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_



**Loving Hearts of LA**  
Personal Care Attendant Services  
*Home is Where the Loving Heart is*

**Medicación Actual:**

---

**Notas:**

---

---

---

---

---

---