

## FORMULIR REFERENSI

Terima kasih telah memilih untuk merujuk pasien Anda kepada kami. Untuk memulai proses rujukan, silakan faks formulir ini ke layanan UCSF tempat Anda merujuk pasien Anda.

- Nomor faks dapat ditemukan online di [www.ucsfhealth.org/prd2010](http://www.ucsfhealth.org/prd2010)
- Sertakan catatan medis singkat yang relevan, termasuk hasil tes yang mendukung konsultasi

*Jika Anda memerlukan bantuan tambahan, silakan hubungi (800) 444-2559 dan mintalah praktik UCSF atau Layanan Penghubung Rujukan.*

Tanggal:	Dari:
Jumlah halaman:	Judul:
Untuk latihan UCSF:	Telepon:
Fax:	Fax:

### SABARINF ORMAT I AKTIF

Nama pasien:		
DOB:	Dibutuhkan juru bahasa: - Ya - Tidak	Bahasa:
Telepon rumah:	- Kantor atau - ponsel:	
Jika anak, nama orang tua:		
Alamat:		
Kota:	Ritsleting:	
Pertanggungangan: Sertakan kartu asuransi pasien (kedua belah pihak) dan otorisasi HMO jika diperlukan		

### CON SU LTAT I PADA RE QU ESTINF ORMAT I AKTIF

Diagnosa/ICD10	
Nama UCSF MD (jika diketahui):	Spesialisasi:
Alasan konsultasi:	

Dengan memberikan informasi yang diminta dan menandatangani di bawah ini, Anda setuju bahwa kami dapat memulai pengobatan setelah konsultasi atau melakukan diagnosa yang diperlukan secara medis, sehubungan dengan konsultasi ini. Kami berharap dapat berkolaborasi dengan Anda dalam rencana perawatan pasien Anda.

### RUJUKAN DOKTERINF ORMAT I AKTIF

Merujuk MD:	Spesialisasi:
Telepon:	Fax:
Nama PCP:	Telepon:
Tanda tangan:	

**PEMBERITAHUAN KERAHASIAAN:** Ini adalah faks rahasia dan ditujukan hanya untuk orang yang disebutkan di atas. Jika Anda bukan orang yang dituju, dengan ini Anda diberitahu tentang sifat rahasia faks ini dan bahwa Anda tidak berhak membaca, menyalin, atau menyebarkan informasi apa pun yang terkandung di dalamnya.