

**CLARK COUNTY DEPARTMENT OF FAMILY SERVICES
CAREGIVER SERVICES**

Department of Family Services Medical Feedback Form

OFICINA DE SERVICIOS A LA FAMILIA DEL CONDADO DE CLARK CAREGIVER SERVICES
Formulario de Información Médica de la Oficina de Servicios a la Familia

**Please return form to DFS Medical
Case Management Unit, 701 N
Pecos, Las Vegas, NV, 89101
Fax: (702) 380-9914**

Por favor envíe el formulario al DFS
Medical Case Management Unit,
701 N Pecos Rd, Las Vegas, NV, 89101
Fax: (702) 380-9914

CHILD'S NAME: _____ **DOB:** _____
NOMBRE DEL MENOR Fecha de Nacimiento

FOSTER PARENT: _____
PADRE/MADRE TEMPORAL

MEDICAL PROVIDER'S NAME: _____
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD

CLINIC NAME AND ADDRESS: _____
NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA CLÍNICA

CLINIC PHONE: _____
TELÉFONO DE LA CLÍNICA

This section to be completed by Child's Caretaker and submitted to DFS:

Esta sección debe ser rellena por la persona quien proporciona los cuidados al menor y enviada al DFS:

DATE OF VISIT: _____
FECHA DE LA CITA

MEDICAL CONCERN:
PROBLEMA DE SALUD

EPSDT (well child check) ___ yes ___ no **Immunizations** ___ yes (list below)

DESCRIBE PROBLEM/CONCERNS, ASSESSMENT AND/OR DIAGNOSIS:
DESCRIBA LOS PROBLEMAS/PREOCUPACIONES Y/O DIAGNÓSTICO: (POR FAVOR INDIQUE SI ESTA ES UNA VISITA REGULAR O SI SE SUMINISTRÓ VACUNAS)

INSTRUCTIONS FROM PROVIDER: (MEDICATIONS? TYPE? HOW MUCH? HOW OFTEN?)
INSTRUCCIONES DEL PROFESIONAL DE SALUD: (¿MEDICAMENTOS? ¿QUÉ TIPO? ¿QUÉ CANTIDAD? ¿CON QUÉ FRECUENCIA?)

TO RETURN FOR FOLLOW UP (IF NEEDED): _____
REGRESAR PARA SEGUIMIENTO (SI NECESARIO):

**This is to verify that I have provided medical care for the above named child on
the date given:**

Esto es para confirmar que proporcioné atención médica al menor arriba mencionado en esta fecha:

MEDICAL PROVIDER'S SIGNATURE: _____ **DATE:** _____
FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD FECHA