



Physician Assessment for TEFRA

1. Información de el/la Niño(a)

Apellido		Primer nombre		Inicial de Seg. Nombre	Genero <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social	Raza	Código de área	Teléfono		
Residencia actual: Hogar Hospital Otro Especifique:						
Dirección de domicilio			Ciudad	Condado	Estado	Código Postal
Compañía de seguro médico y número de póliza						
Centro / hospital donde el niño recibió atención por última vez						
Dirección de domicilio				Ciudad	Estado	Código Postal

2. Datos de contacto de los padres/tutores/representantes autorizados

Apellido		Primer nombre		Inicial de Seg. Nombre	Genero <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Dirección de domicilio			Ciudad	Condado	Estado	Código Postal
Código de área	Teléfono	La relación con el/la niño/a				
Apellido		Primer nombre		Inicial de Seg. Nombre	Genero <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Dirección de domicilio			Ciudad	Condado	Estado	Código Postal
Código de área	Teléfono	La relación con el/la niño/a				

3. Antecedentes personales

Nombre del cuidador principal		La relación con el/la niño(a)
¿Trabaja el cuidador principal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	El horario de trabajo del cuidador, días, horas: lun.____ mart.____ miérc ____ juev. ____ vier.____sáb ____dom.____	
Nombre del cuidador secundario		La relación con el/la niño(a)
¿Trabaja el cuidador secundario? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	El horario de trabajo del cuidador, días, horas: lun.____ mart.____ miérc ____ juev. ____ vier.____sáb. ____dom.____	

Describe el equipo alquilado	Costo mensual \$
------------------------------	----------------------------

6. Servicios brindados en el hogar

Proveedor de cuidados de enfermería	Código de área	Teléfono
Describe la atención de enfermería brindada		
Costo mensual \$	Días, horas: lun. ____ mart. ____ miérc ____ juev. ____ vier. ____ sáb. ____ dom. ____	
Proveedor de terapia física	Código de área	Teléfono
Describe la atención de terapia física brindada		
Costo mensual \$	Días, hours: lun. ____ mart. ____ miérc ____ juev. ____ vier. ____ sáb. ____ dom. ____	
Proveedor de terapia ocupacional	Código de área	Teléfono
Describe la atención de terapia ocupacional brindada		
Costo mensual \$	Días, horas: lun. ____ mart. ____ miérc ____ juev. ____ vier. ____ sáb. ____ dom. ____	
Proveedor de terapia de habla	Código de área	Teléfono
Describe la atención de terapia ocupacional brindada		
Costo mensual \$	Días, horas: lun. ____ mart. ____ miérc ____ juev. ____ vier. ____ sáb. ____ dom. ____	
Otro proveedor de terapia	Código de área	Teléfono
Describe la atención de otra terapia		
Costo mensual \$	Días, horas: lun. ____ mart. ____ miérc ____ juev. ____ vier. ____ sáb. ____ dom. ____	

Certifico que la información que he completado es verdadera y correcta a mi mejor conocimiento y comprendo que proporcionar cualquier información falsa puede resultar en un proceso judicial por perjurio o fraude.

Firma del Padre/Madre/ Tutor _____ **Fecha** _____

Correo electrónico de TEFRA: TEFRAFAX@okhca.org Fax de TEFRA: 405-530-3312
Oklahoma Health Care Authority 4345 N. Lincoln Blvd. Oklahoma City, Ok. 73105

Apellido el/la Niño(a) _____ Primer nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Genero M F

Physician recommendation/ Recomendación del médico: *To be completed by an MD or DO. Debe ser completado por un Doctor en Medicina o Doctor en Medicina Osteopática*

Note/Nota: *The following page in English to be completed by provider. La siguiente página en inglés debe ser completada por el proveedor.*

TEFRA coverage allows children with physical and/or intellectual disabilities, who are not eligible for SSI benefits because the family income and resources are too high, to qualify to receive medical benefits. The benefits help pay for the medically necessary care needed for the children to live at home. In order for a child to qualify for TEFRA, they must require an institutional level of care. They must either require care that is equal to what is provided in an acute care hospital for a minimum of 60 days, or a nursing facility or intermediate care facility for individuals with intellectual disabilities for a minimum of 30 days. It must be appropriate to safely care for the child at home. The estimated cost of care in the home cannot exceed the cost of caring for children in hospitals or the designated facilities. TEFRA may provide children medically necessary services through the SoonerCare program if the above criteria are met.

Please check the appropriate box or boxes below for recommendation of services.

- I recommend services be offered if this child is to be cared for in the home.
- I **do not** believe it is in the best interest of the child to receive care in the home.
- Yes** **No** I believe this child's functional limitations are of such a severe nature that I consider him/her to be disabled for a minimum of one year.

Please complete the sections below.

Primary diagnosis for child	ICD-10 CODE
Secondary diagnosis for child	ICD-10 CODE
Diagnosis	ICD-10 CODE

Physician Signature

Date

Printed Name

Phone

Address

Medicaid Provider Number

TEFRA email: TEFRAFAX@okhca.org

TEFRA Fax: 405-530-3312



ADDRESS

4345 N. Lincoln Blvd.
Oklahoma City, OK 73105



WEBSITES

okhca.org
mysoonercare.org



PHONE

Admin: 405-522-7300
Helpline: 800-987-7767