DENVER
PUBLIC HEALTH & ENVIRONMENT

Plantilla de Documentación de Servicios de Doula para Health First Colorado

Información del cliente

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

ID de Health First Colorado: _____ Fecha Estimada de Parto (FEP): _____

Proveedor Principal: _____ Teléfono: _____

Elegibilidad Verificada: □ Sí □ No

Fecha de Verificación: _____

Detalles del Servicio

Fecha del Servicio: _____

Hora de Inicio: _____ Hora de Finalización: _____ Duración Total: _____

Total de Unidades to 15 Minutos: _____ (para visitas prenatales/posparto)

Tipo de Servicio: ☐ Visita Prenatal (T1032) ☐ Apoyo durante el Parto (59400) ☐ Visita Posparto (T1032)

Número de Visita: _____ (e.g., 1st prenatal, 2nd postpartum)

Lugar: ☐ Hogar del cliente ☐ Hospital ☐ Centro de nacimiento ☐ Virtual ☐ Otro: _____

Evaluación

Preocupaciones/necesidades del cliente:

_____

_____

_____

Evaluación física (si aplica):

_____

_____

Evaluación emocional/psicológica:

_____

_____

Intervenciones y Apoyo Brindado

Técnicas de apoyo utilizadas:

☐ Educación/Información proporcionada: _____

☐ Medidas de comodidad: _____

☐ Sugerencias de posiciones: _____

☐ Apoyo emocional: _____

☐ Entrenamiento para apoyo de la pareja _____

☐ Abogacía: _____

☐ Apoyo a la lactancia: _____

☐ Apoyo a la recuperación posparto: _____

☐ Otro: _____

Materiales educativos proporcionados:

_____

_____

Respuesta del cliente a las intervenciones:

_____

_____

_____

COORDINACIÓN DE CUIDADO

Comunicación con el equipo de atención médica:

_____

_____

Referencias realizadas:

_____

_____

PLAN

Recomendaciones para seguimiento:

_____

_____

Próxima cita: Fecha: _____ Hora: _____

Signos de alerta revisados: ☐ Sí ☐ No **Plan de emergencia discutido:** ☐ Sí ☐ No

Notas:

_____

_____

_____

_____

DOCUMENTACIÓN DETALLADA DEL TIEMPO (*Requerido para Health First Colorado)*

Segmento de tiempo	Hora de Inicio	Hora de Finalización	Duración	Actividades realizadas
Segmento 1				
Segmento 2				
Segmento 3				
Segmento 4				
Segmento 5				

FIRMAS

Firma de Doula: _____ **Fecha:** _____

Nombre de Doula (en letra de imprenta): _____
NPI/Número de Proveedor: _____

Firma del Cliente (si se requiere): _____

Este documento es confidencial y está protegido bajo las regulaciones de HIPAA. Conservar en registros seguros conforme a los requisitos del Departamento de Política y Financiamiento del Cuidado de Salud de Colorado (Colorado Department of Health Care Policy & Financing - HCPF). Para preguntas de facturación, contacte a HCPF_MaternalChildHealth@state.co.us o visite https://hcpf.colorado.gov/doula-manual.