



1412 Main St., Suite 205
Dallas, TX 75202
214-741-6359 office
214-741-6389 fax
www.MyAyS.net

Ahora y Siempre

home & community services

Ahora y Siempre, Inc. is a licensed program provider of Home and Community Services (HCS) in the State of Texas, contracted by the Texas Department of Aging and Disabilities (DADS).

APPOINTMENT RECORD SHEET

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

Accompanied By: _____

Today's Date: _____

Appointment Location: _____

Appt. Time: _____

Appointment Purpose: _____

*The HCS program is a Medicaid Waiver Program available to persons with intellectual and developmental disabilities.
As the HCS provider, documentation is needed on any medical or health-related appointments. Please take a moment to fill out the sections below.*

Glenna Bowers, RN

Findings in Exam:

(Please include treatment/care rendered.)

Plan of Care:

(Please include prescriptions, orders, treatments, follow-ups, etc.)

Doctor's Name: _____

Office Phone: _____

Next Appointment: _____

Office Fax: _____

Signature & Title: _____

Today's Date: _____



1412 Main St., Suite 205
 Dallas, TX 75202
 214-741-6359 office
 214-741-6389 fax
www.MyAyS.net

Ahora y Siempre

home & community services

Ahora y Siempre, Inc. es un proveedor con licencia del programa HCS & TxHML en el Estado de Texas, contratados por el Departamento de Vejez y Discapacidad de Texas (DADS).

REGISTRÓ DE CITAS MÉDICAS

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Acompañado por: _____

Fecha de Hoy: _____

Dirección de Clínica: _____

Tiempo de Cita: _____

Motivo de la cita: _____

El programa de HCS es un programa de exención de Medicaid disponible para personas con discapacidades intelectuales y de desarrollo. Como proveedor de HCS, se necesita documentación de citas médicas o de relacionadas al salud. Por favor tome un momento para llenar las siguientes secciones.

Glenna Bowers, RN

Lo encontrado en el examen:

(Por favor incluya tratamiento/cuidado proveídos.)

Plan de Cuidado:

(Por favor incluya prescripciones, órdenes, tratamientos, seguimientos, etc.)

Nombre del Doctor: _____

Teléfono de Oficina: _____

Siguiente Cita: _____

Fax de Oficina: _____

Firma y Título: _____

Fecha: _____