



To: LAC+USC Breathmobile referral System



Please fax all referrals to (323)226-5049 Office Contact Phone Number 323-409-3737

Referral Submitted by: _____ Phone # () _____

Referral Location: _____ or CHLA Emergency Dept or Other _____
(Name of LAUSD school if LAUSD referral) (Referring facility)

(REFERRAL CANNOT BE PROCESSED WITHOUT ABOVE INFORMATION)

Please have parent or Guardian give authorization by signing below **Date of referral** _____

I authorize LAC+USC Breathmobile Program to contact me for asthma specialty services.
Caregiver/legal Guardian _____ Signature of guardian _____ (Date)
(Printed Name)

*Please include patient's zip code- This will allow us to schedule appointment closest to patients home.

Please print legibly
Patient: Last Name _____, First name _____ DOB _____
Insurance company _____ policy number _____
Primary phone # _____ (cell/ home/ work) Secondary # _____ (cell/ home/ work)
Patient Address: _____ Apt # _____ City: _____ zip code: _____
Name of Caregiver/legal Guardian _____ Relationship _____

Asthma History

__ Asthma __ Allergic Rhinitis __ Atopic dermatitis/eczema __ Developmental Delay __ Prematurity @ __ weeks
__ Anxiety __ Depression __ post-traumatic stress disorder __ Fetal alcohol syndrome
__ Anaphylaxis __ Food Allergy Food allergy/anaphylaxis: suspected cause _____

In the past year:

of hospitalizations due to asthma _____ #of emergency room/urgent care visits due to asthma _____
of school days missed due to Asthma, cough, wheeze, or Shortness of Breath _____

Lifetime History

of hospitalizations due to asthma _____ #of emergency room/urgent care visits _____
of ICU admissions due to asthma _____ #of intubations due to asthma _____
Initial age of asthma diagnosis _____ years old # of steroid bursts _____

Current Medications

NONE complete all that apply

Flovent/fluticasone ____ puffs ____ times a day	Q Var/beclomethasone dipropionate ____ puffs ____ times a day	Advair/ fluticasone and salmeterol ____ puffs ____ times a day
Pulmicort/budesonide ____ puffs ____ times a day	Dulera/formoterol and mometasone ____ puffs ____ times a day	Asmanex/mometasone ____ puffs ____ times a day
Albuterol/pro air/ xopenex ____ puffs ____ times a day		
Nasal Steroid:	Antihistamine:	Other:



To: LAC+USC Breathmobile referral System



Please fax all referrals to (323)226-5049 Office Contact Phone Number 323-409-3737

Referral Submitted by: _____ Phone # () _____

Referral Location: _____ or CHLA Emergency Dept or Other _____
 (Name of LAUSD school if LAUSD referral) (Referring facility)

(REFERRAL CANNOT BE PROCESSED WITHOUT ABOVE INFORMATION)

Please have parent or Guardian give authorization by signing below **Date of referral** _____

Yo Autorizo el programa de LAC+USC Breathmobile que se pongan en contacto conmigo para los servicios de la especialidad en asma

Cuidador/tutor legal _____ relación _____ firma _____ (Fecha)
 (Nombre en forma de molde)

Escriba con letra clara

Nombre del paciente: apellido _____, Nombre _____ fecha de nacimiento _____

Compañía de seguro _____ número de póliza _____

Nº de teléfono _____ (casa/ celular/trabajo) teléfono secundario _____ casa/ celular _____

Domicilio del paciente: _____ Apt # _____ ciudad: _____ código postal : _____

Historia de asma

___ Asma ___ Rinitis alérgico ___ Dermatitis atópica/eczema ___ Retraso del desarrollo ___ La prematuridad @ ___ semanas
 ___ Ansiedad ___ depresión ___ trastorno de estrés post-traumático ___ El síndrome de alcoholismo fetal
 ___ Anafilaxis ___ reacción alérgica a algún alimento la causa sospechoso _____

En el año pasado:

Nº de hospitalizaciones causado por asma _____ Nº de visitas a la sala de emergencia/atención urgente _____
 Nº de días de escuela perdidos debido al asma, tos, sibilancias, o dificultad para respirar _____

Historia desde nacimiento:

Nº de hospitalizaciones debidos a asma _____ Nº de visitas a la sala de emergencia/atención urgente _____
 Nº de días internado en el cuidado intensivo _____ Nº de intubaciones durante el cuidado intensivo _____
 ¿A qué edad fue diagnosticado con asma? _____ ¿Cuántas veces ha utilizado esteroides orales de corto plazo? _____

Current Medications

NONE complete all that apply

Flovent/fluticasone ____ puffs ____ times a day	Q Var/beclomethasone dipropionate ____ puffs ____ times a day	Advair/ fluticasone and salmeterol ____ puffs ____ times a day
Pulmicort/budesonide ____ puffs ____ times a day	Dulera/formoterol and mometasone ____ puffs ____ times a day	Asmanex/mometasone ____ puffs ____ times a day
Albuterol/pro air/ xopenex ____ puffs ____ times a day		
Nasal Steroid:	Antihistamine:	Other: