



To: LA General Breathmobile Program Referral System

Please fax all referrals to (323)441-4764 Office Contact Phone Number (323)-409-3737

Referral Submitted by: _____

Date of referral _____

Submitters Location: _____

Submitters Phone # _____

(please provide school name, Hospital, clinic name or self-referral)

MRUN If available _____

(REFERRAL CANNOT BE PROCESSED WITHOUT ABOVE INFORMATION)

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

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: _____

Asthma/Allergy History At what age was the first diagnosis of asthma? _____ years old

___ Asthma ___ Allergic Rhinitis ___ Atopic dermatitis/eczema ___ Food Allergy

___ Anxiety ___ Depression ___ Anaphylaxis

of hospitalizations due to asthma _____ #of ER/urgent care visits due to asthma _____

of ICU admissions due to asthma _____ #of intubations due to asthma _____

Current Medications: ☐ none Please list below

Please have parent or Guardian give authorization by signing below.

I authorize LA General Breathmobile Program to contact me for asthma specialty services.

Caregiver/legal Guardian _____ Relationship _____ Phone # _____
(Printed Name)

Signature of guardian _____ (Date) _____

05/08/2024



To: LAC+USC Breathmobile referral System



Please fax all referrals to (323)441-4764

Office Contact Phone Number (323)-409-3737

Referral Submitted by: _____

Date of referral _____

Submitters Location: _____

Submitters Phone # () _____

(please provide school name, Hospital, clinic name or self-referral)

MRUN If available _____

(REFERRAL CANNOT BE PROCESSED WITHOUT ABOVE INFORMATION)

* Incluya el código postal del paciente: esto nos permitirá programar la cita más cercana al hogar del paciente.

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 : _____

¿A qué edad fue diagnosticado con asma? _____

___ Asma ___ Rinitis alérgico ___ Dermatitis atópica/eczema ___ reacción alérgica a algún alimento
___ Ansiedad ___ depresión ___ Anafilaxis

Nº de hospitalizaciones causado por 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 _____

Current Medications ☐ NONE

Please have parent or Guardian give authorization by signing below

Yo Autorizo el programa de LA General Breathmobile que se pongan en contacto conmigo para los servicios de la especialidad en asma

Cuidador/tutor legal _____ relación _____ Nº de teléfono _____

Firma del tutor _____ Fecha _____

05/08/2024