

Fecha de referencia: \_\_\_\_\_ Nombre de miembro: \_\_\_\_\_ Número de identificación del CIN de Medi-Cal: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Idioma preferido: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ (hogar); \_\_\_\_\_ (celular del padre/tutor); \_\_\_\_\_ (celular del miembro)

Dirección del miembro: \_\_\_\_\_

¿El menor de 12 años o más tiene capacidad para dar consentimiento a los servicios?  Sí  No Si no, explique \_\_\_\_\_

Mejor día/horario para comunicarse con el miembro: \_\_\_\_\_ Mejor día y horario para comunicarse con el padre/tutor: \_\_\_\_\_

Clínica/Agencia del PCP: \_\_\_\_\_ Nombre del PCP: \_\_\_\_\_ Número de teléfono del PCP: \_\_\_\_\_

**Para recibir una confirmación del resultado de esta referencia, marque la casilla a continuación indicando el método preferido y los detalles de contacto:**

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_  Número de fax: \_\_\_\_\_

**Por favor verifique** para confirmar que se verificó la elegibilidad del miembro

### **Solicitud de PCP (una solicitud por formulario de referencia)**

**Apoyo a la toma de decisiones del PCP:** Para obtener una conversación educativa sobre salud mental con un psiquiatra de Carelon Behavioral Health relacionada con diagnósticos/medicamentos psiquiátricos. Comuníquese con la línea de Asesoría Nacional de Pares: **Horario del consultorio:** De 6:00 a.m. a 5:00 p.m. (hora estándar del Pacífico) de lunes a viernes. **Llame al número de teléfono:** 877-241-5575

**Derivación para servicios ambulatorios de salud conductual:** Remita a los miembros para terapia o administración de medicamentos a través de la red de proveedores de Carelon Behavioral Health cuando sus necesidades estén fuera del alcance de práctica del PCP. Carelon Behavioral Health puede coordinar la atención de los miembros con la salud mental del condado. Fax: **877.321.1787** O correo electrónico seguro: [Medi-Cal.Referral@carelon.com](mailto:Medi-Cal.Referral@carelon.com)

**Servicios de tratamiento de salud conductual (BHT)/análisis conductual aplicado (ABA):** Servicios especializados para jóvenes menores de 21 años con diagnóstico establecido de trastorno del espectro autista (TEA) o para quienes los servicios de BHT/ABA son médicamente necesarios. **\*\*Incluya documentación o nota de progreso con la orden del médico que solicita los servicios de ABA.** Fax: **877.321.1776** O correo electrónico seguro [ASGCare.Managers@carelon.com](mailto:ASGCare.Managers@carelon.com)

### **Motivo de la solicitud** (marque todas las opciones que correspondan):

#### Síntomas:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Depresión  | <input type="checkbox"/> Depresión/ansiedad perinatal      | <input type="checkbox"/> Trastorno de estrés         |
| <input type="checkbox"/> Falta de autocuidado debido a la salud mental          | <input type="checkbox"/> Violencia/comportamiento agresivo | <input type="checkbox"/> postraumático (TEPT)/Trauma |
| <input type="checkbox"/> Psicosis (alucinaciones auditivas/visuales, ilusiones) | <input type="checkbox"/> Pruebas psicológicas              | <input type="checkbox"/> Dolor crónico               |
| <input type="checkbox"/> Experiencias adversas en la infancia (ACE)             | <input type="checkbox"/> Pruebas neuropsicológicas         | <input type="checkbox"/> Ansiedad                    |
| <input type="checkbox"/> Consumo de sustancias, especifique: _____              |  |  |
| <input type="checkbox"/> Otros síntomas de BH: _____                            |  |  |

#### Deficiencias:

- |  |  |                                |
|--|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dificultades/Incapacidad para completar las actividades de la vida diaria | <input type="checkbox"/> Dificultades para mantener relaciones | <input type="checkbox"/> Legal |
| <input type="checkbox"/> Servicios de Protección Civil   |  |                                |
| <input type="checkbox"/> Dificultades/No poder ir al trabajo/escuela                               | <input type="checkbox"/> Otro: _____                           |                                |

**Medicamentos** (enumere a continuación o envíe la lista de medicamentos con este formulario, **Incluya la dosis**):

### **Motivación para los servicios** (marque todas las opciones que correspondan)

- Se ha informado al miembro (o tutor) de la derivación a Carelon Behavioral Health
- El miembro desea servicios para sí mismo (o para un dependiente)
- El miembro no está seguro o se muestra ambivalente acerca de los servicios para sí mismo (o para personas dependientes)
- Si corresponde, el miembro ha completado un PHQ-2/PHQ-9, Puntuación

**Para los miembros de 12 años o más, en ciertas situaciones según la ley de privacidad AB1184, se puede requerir un ROI por escrito para compartir información confidencial con cualquier persona, incluidos padres y tutores. Si es posible, envíe este formulario de referencia junto con una autorización de divulgación de información completa para cualquier persona que pueda estar involucrada en el cuidado del miembro.**