



Beacon Health Strategies Primary Care Provider (PCP) Referral Form

Date: _____ PCP Name: _____ Phone #: _____

Member Name: _____ Member ID #: _____ DOB: _____

Language: _____ Phone #'s: _____ ; _____

PCP Request (one request per referral form)

PCP Decision Support: Request a telephone consultation with a Beacon psychiatrist to provide decision support related to member diagnostic and medication clarification or other clinical decision supports.

Include medication list and last 2 PCP Progress Notes for Psychiatrist review before phone consult with PCP. Fax: **866.422.3413 OR secure email: medi-calreferral@beaconhs.com

Referral for Outpatient Behavioral Health Services: Refer members for therapy or medication management via Beacon's network of providers when their needs are outside the PCP scope of practice. Beacon can coordinate member care with county mental health.

** For exchange of information back to the PCP, include signed member Consent to Release of Information. Fax: **866.422.3413** OR secure email: medi-calreferral@beaconhs.com

Behavioral Health Treatment (BHT)/Applied Behavioral Analysis (ABA) Services: Specialty services for youth under 21 years old.

Please check one of the following boxes.

I am submitting a Diagnostic Evaluation Form (attached) indicating diagnosis, problem behaviors and recommendation for BHT/ABA.

I am recommending a referral for Diagnostic Evaluation for possible ABA recommendations.

Fax form to: **800.596.2712** OR secure email: care.managers@beaconhealthoptions.com

Referral for Care Management: Local behavioral health care coordination services to help link members to mental health providers, support their transition between levels of care, or engage members with history of non-compliance and link them to community support services.

** For exchange of information back to the PCP, include signed member Consent to Release of Information. Fax: 855-371-8113 OR email: MC_SFHP@Beaconhs.com

Request Reason (check all that apply):

- Depression
- Anxiety
- Other BH Diagnosis: _____
- Isolation
- Perinatal depression and/or anxiety
- Poor self-care due to mental health
- Trauma
- Cognitively Impaired (or cognitive impairment)
- Auditory/Visual hallucinations
- Violence/ Abuse
- Substance use type: _____

Other BH symptoms: _____

Medical Diagnosis: _____

Medications (list below or send medication list with this form):

Other known barriers to member adherence to medical care: _____

Motivation for Services (check all that apply):

- Member (or guardian) has been informed of referral to Beacon Health Strategies
- Member wants services for self (or dependent)
- If applicable, Patient has completed a PHQ-2/PHQ-9. Score _____



Разрешение на раскрытие личной информации пациента для поведенческого психотерапевта и основного лечащего врача

Согласие участника плана на раскрытие личной информации

Я, _____, разрешаю _____
(имя участника) (поведенческий психотерапевт)
и моему основному лечащему врачу _____ раскрывать информацию
(основной лечащий врач)

о моем диагнозе и/или лечении от злоупотребления психоактивными веществами, моем психическом здоровье и медицинской истории ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ результатов анализа крови на наличие антител к вирусу иммунодефицита человека (HIV). Я понимаю, что раскрытие такой информации позволит мне получать более качественное медицинское обслуживание.

Срок действия данного согласия истекает через 90 дней с даты его подписания. Я понимаю, что могу отозвать его в любое время.

Участник/Опекун/Законный представитель

Дата

Свидетель

Дата

Отказ участника плана от раскрытия личной информации

Я, _____, **НЕ ДАЮ** своего согласия _____
(имя участника) (поведенческий психотерапевт)
и моему основному лечащему врачу _____ на раскрытие информации о
(основной лечащий врач)

моем диагнозе и/или лечении от злоупотребления психоактивными веществами, моем психическом здоровье и медицинской истории, в том числе, о результатах анализа крови на наличие антител к вирусу иммунодефицита человека (HIV). Я понимаю, что раскрытие такой информации позволит мне получать более качественное медицинское обслуживание. Я также понимаю, что отказ от раскрытия такой информации не влияет на мое страховое покрытие.

Участник/Опекун/Законный представитель

Дата

Свидетель

Дата

Срок действия данного согласия истекает через 90 дней с даты его подписания. Я понимаю, что могу отозвать его в любое время.