

**Beacon Health Options  
San Francisco Health Plan  
Primary Care Provider Referral Form**



Referral Date: \_\_\_\_\_ PCP Name: \_\_\_\_\_ PCP Phone #: \_\_\_\_\_

Referring Provider: \_\_\_\_\_

Member Name: \_\_\_\_\_ Member ID #: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Member's Preferred Language: \_\_\_\_\_ Member Phone #: \_\_\_\_\_ (home)

**Please check** to confirm member eligibility was verified \_\_\_\_\_ (cell)

**TO RECEIVE A CONFIRMATION OF THIS REFERRAL'S OUTCOME,  
PLEASE CHECK THE BOX BELOW NOTING YOUR PREFERRED METHOD AND CONTACT DETAILS.**

**Email Address:** \_\_\_\_\_

**FAX Number:** \_\_\_\_\_

**Requested Referral** (please use separate forms for multiple referrals)

**PCP Decision Support:** Request a phone call (curbside consult) with a Beacon psychiatrist for member diagnostic or prescribing support. **\*\*Include** med list and 2 PCP progress notes for psychiatrist review before phone call.

• Please note preferred date/time for consult: \_\_\_\_\_ (date) \_\_\_\_\_ (time)

• Best phone number to directly call PCP: \_\_\_\_\_

Fax form to: **877.768.2306** OR secure email: [medi-cal.referral@beaconhealthoptions.com](mailto:medi-cal.referral@beaconhealthoptions.com)

**Outpatient Behavioral Health Services:** Refer members interested in therapy or medication management via Beacon's network when needs are outside PCP scope. Beacon coordinates with county mental health.

Fax form to: **877.768.2306** OR secure email: [medi-cal.referral@beaconhealthoptions.com](mailto:medi-cal.referral@beaconhealthoptions.com)

**Behavioral Health Treatment (BHT)/Applied Behavioral Analysis (ABA) Services:** Specialty services for youth under age 21 with diagnosis of Autism Spectrum Disorder (ASD). **\*\*Include** progress note with ASD Dx and physician order requesting ABA services.

If there is a suspected but not yet established ASD diagnosis, please check one or both of the following boxes.

I am submitting a Diagnostic Evaluation Form (attached) indicating ASD red flags.

I am recommending a referral for Comprehensive Diagnostic Evaluation (CDE)

Fax form to: **800.596.2712** OR secure email: [care.managers@beaconhealthoptions.com](mailto:care.managers@beaconhealthoptions.com)

**Request Reason** (check all that apply):

Symptoms:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Depression/Anxiety                                     | <input type="checkbox"/> Abuse/CPS          |
| <input type="checkbox"/> Poor self-care due to mental health                    | <input type="checkbox"/> Suicidal Ideation  |
| <input type="checkbox"/> Psychosis (auditory/visual hallucinations, delusional) | <input type="checkbox"/> Homicidal Ideation |
| <input type="checkbox"/> PTSD/Trauma  | <input type="checkbox"/> Chronic Pain       |
| <input type="checkbox"/> Violence/Aggressive Behavior                           |   |
| <input type="checkbox"/> Substance use type: _____                              |   |
| <input type="checkbox"/> Other BH symptoms: _____                               |   |

Impairments:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Difficult/Unable to complete ADLs     | <input type="checkbox"/> Difficulties maintaining relationships |
| <input type="checkbox"/> Difficult/Unable to go to work/school | <input type="checkbox"/> Legal/CPS                              |
| <input type="checkbox"/> Other: _____                          |   |

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## Autorización para médico de salud conductual y atención primaria para compartir información confidencial

### CONSENTIMIENTO DEL MIEMBRO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Yo, \_\_\_\_\_ (Nombre del miembro) otorgo mi permiso a \_\_\_\_\_  
(Proveedor de salud conductual) y mi Médico de atención primaria \_\_\_\_\_ (Médico de atención primaria) para compartir información acerca de mi diagnóstico o tratamiento relacionado con el abuso de sustancias, salud mental o historia clínica; SIN incluir los resultados de un análisis de sangre en busca de anticuerpos al virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Comprendo que la finalidad de compartir información es ayudarme a recibir mejor atención.

*Este formulario de consentimiento tiene una validez de 90 días a partir de la fecha en que se firma y puedo optar por cancelarlo en cualquier momento.*

Miembro/Tutor/Representante autorizado \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### RECHAZO DEL MIEMBRO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Yo, \_\_\_\_\_ (Nombre del miembro) NO otorgo mi permiso a \_\_\_\_\_  
(Proveedor de salud conductual) y mi Médico de atención primaria \_\_\_\_\_ (Médico de atención primaria) para compartir información acerca de mi diagnóstico o tratamiento relacionado con el abuso de sustancias, salud mental o historia clínica; incluidos los resultados de un análisis de sangre en busca de anticuerpos al virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Comprendo que la finalidad de compartir información es ayudarme a recibir mejor atención. Comprendo también que mi rechazo a compartir información no afecta mi cobertura de seguro.

Miembro/Tutor/Representante autorizado \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Este formulario de consentimiento tiene una validez de 90 días a partir de la fecha en que se firma y puedo optar por cancelarlo en cualquier momento.*