

## 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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto:MC_SFHP@Beaconhs.com)

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

- |                                             |                                                                         |                                                              |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Depression         | <input type="checkbox"/> Anxiety                                        | <input type="checkbox"/> Other BH Diagnosis: _____           |
| <input type="checkbox"/> Isolation          |                                                                         |                                                              |
| <input type="checkbox"/> Trauma             | <input type="checkbox"/> Perinatal depression and/or anxiety            | <input type="checkbox"/> Poor self-care due to mental health |
| <input type="checkbox"/> Violence/<br>Abuse | <input type="checkbox"/> Cognitively Impaired (or cognitive impairment) | <input type="checkbox"/> Auditory/Visual hallucinations      |
|                                             | <input type="checkbox"/> 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 \_\_\_\_\_



## Ủy quyền cho Bác sĩ Chăm sóc Chính và Sức khỏe Hành vi Chia sẻ Thông tin Bảo mật

### Hội viên Cho phép Tiết lộ Thông tin Bảo mật

Tôi, \_\_\_\_\_ cho phép \_\_\_\_\_  
(Tên Hội viên) (Bác sĩ Chăm sóc Sức khỏe Hành vi)

và Bác sĩ Chăm sóc Chính của tôi \_\_\_\_\_ chia sẻ thông tin  
(Bác sĩ Chăm sóc Chính)

chẩn đoán và/hoặc điều trị liên quan đến lạm dụng dược chất, sức khỏe tâm thần hoặc tiền sử y tế của tôi, KHÔNG bao gồm kết quả xét nghiệm máu để tìm kháng thể đối với vi rút gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV). Tôi hiểu mục đích của việc chia sẻ thông tin là để giúp tôi được sự chăm sóc tốt hơn.

**Mẫu chấp thuận này sẽ hết hạn sau 90 ngày kể từ ngày ký và tôi có thể hủy chấp thuận này bất cứ lúc nào.**

\_\_\_\_\_  
Hội viên/Người giám hộ/Đại diện được Ủy quyền  
\_\_\_\_\_  
Người làm chứng

\_\_\_\_\_  
Ngày  
\_\_\_\_\_  
Ngày

### Hội viên Từ chối Tiết lộ Thông tin Bảo mật

Tôi, \_\_\_\_\_ **KHÔNG** cho phép \_\_\_\_\_  
(Tên Hội viên) (Bác sĩ Chăm sóc Sức khỏe Hành vi)

và Bác sĩ Chăm sóc Chính của tôi \_\_\_\_\_ chia sẻ thông tin  
(Bác sĩ Chăm sóc Chính)

chẩn đoán và/hoặc điều trị liên quan đến lạm dụng dược chất, sức khỏe tâm thần hoặc tiền sử y tế của tôi, bao gồm kết quả xét nghiệm máu để tìm kháng thể đối với vi rút gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV). Tôi hiểu mục đích của việc chia sẻ thông tin là để giúp tôi được sự chăm sóc tốt hơn. Tôi cũng hiểu rằng việc tôi từ chối cho chia sẻ thông tin không ảnh

\_\_\_\_\_  
Hội viên/Người giám hộ/Đại diện được Ủy quyền  
\_\_\_\_\_  
Người làm chứng

\_\_\_\_\_  
Ngày  
\_\_\_\_\_  
Ngày

**Mẫu chấp thuận này sẽ hết hạn sau 90 ngày kể từ ngày ký và tôi có thể hủy chấp thuận này bất cứ lúc nào.**