

Carelon Behavioral Health, Inc. / San Francisco Health Plan
行為健康照護管理轉診書

轉診日期：_____ 會員姓名：_____ Medi-Cal CIN 識別號：_____

出生日期：_____ 父母/監護人姓名：_____ 首選語言：_____

電話：_____ (家)；_____ (父母/監護人行動電話)；_____ (會員行動電話)

會員地址：_____

已通知會員此轉診： 是 否 已通知父母/監護人此轉診： 是 否

如果會員是年滿 12 歲的未成年人，請求心理健康照護管理和服務的人是誰？

僅會員 (父母/監護人不知情) 僅父母/監護人 會員和父母/監護人

年滿 12 歲的未成年人是否有能力同意服務？ 是 否 如為「否」，請說明原因 _____

聯絡會員的首選日期/時間：_____ 聯絡父母/監護人的首選日期和時間：_____

PCP 診所/機構：_____ PCP 姓名：_____ PCP 電話號碼：_____

轉診來源：

健康計劃 PCP 行為健康服務提供者 專業服務提供者 社區合作夥伴 醫院

轉診診所/機構/地點：_____ 轉診提供者：_____

電子郵件：_____ 聯絡電話：_____ 傳真：_____

照護管理轉診：當地行為健康照護協調服務：為會員聯絡心理健康服務提供者，接觸有不依從歷史的會員和/或為他們尋找社區支援服務，並幫忙協調多個機構

請求的服務： 個人/團體治療 家庭治療 藥物管理 其他：_____

轉診原因 (選取所有適用項)：

- | | |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 抑鬱/焦慮 | <input type="checkbox"/> 自殺或殺人意念：如果是，當前 <input type="checkbox"/> 過去曾有過 <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 由於心理健康狀況導致的自理能力差 | <input type="checkbox"/> HRA 回覆：_____ |
| <input type="checkbox"/> 精神病 (幻聽/幻視、妄想) | <input type="checkbox"/> 難以維持關係 |
| <input type="checkbox"/> 創傷後應激障礙 (PTSD)/創傷 | <input type="checkbox"/> 性別認同 |
| <input type="checkbox"/> 暴力/攻擊行為 | <input type="checkbox"/> 法律、兒童或老年人虐待 |
| <input type="checkbox"/> 難以/無法完成日常生活活動 (ADL) | <input type="checkbox"/> 不良童年經歷 (ACE)：得分 _____ |
| <input type="checkbox"/> 難以/無法上班/上學 | <input type="checkbox"/> 慢性疼痛 |
| <input type="checkbox"/> 圍產期抑鬱和/或焦慮 | <input type="checkbox"/> 其他：_____ |

從縣專業心理健康服務 (SMHS) 退出：是 否

物質使用：如為是，當前 過去曾有過 物質使用 (類型)：_____

心理健康和醫學診斷：_____

藥物 (在下方列出或隨此表寄送藥物清單)：_____

其他資訊：_____

會員獲得服務的動機：

- 會員希望為自己 (或受撫養者) 提供服務
 會員對為自己 (或受撫養者) 提供的服務不確定或存有疑慮
 會員不想要服務或認為不需要這些服務
 轉診至 Carelon 而會員不知情

請盡可能完整填寫此轉診書。透過安全電子郵件將轉診書寄送至：MC_SFHP@carelon.com，或傳真至：855.371.8113

對於年滿 12 歲的會員，在某些情況下，根據隱私法 AB1184，可能需要書面資訊公開授權書 (ROI) 方能與包括父母和監護人在內的任何人共用敏感資訊。如果可能，請將此轉診書與可能參與會員照護的任何人填妥之資訊公開授權書一起寄回。



重要資訊：填寫此表的所有部分即表示您允許 Carelon Behavioural Health, Inc. 向您指定的個人透露醫療照護資訊，期限最長為一年。您可以允許 Carelon Behavioral Health 與您的家人、提供者、法律代表或您希望有權查閱您資訊的任何人共用醫療照護資訊。請填寫所有部分，因為不完整的此表可能會被退回。

請注意：您的醫生能夠取得您的醫療資訊也很重要，這可確保您能獲得盡可能最好的照護，包括可能需要的任何後續照護。為使 Carelon Behavioral Health 能夠將您的醫療照護資訊傳送給您的醫生，請填寫並簽署此表。我們只會傳送與您的照護相關的資訊。

如果您的要求涉及酒精或藥物使用資訊，請注意適用部分中的特別說明。

第 1 部分：哪些人的醫療照護資訊將被公開？

本人，_____（會員姓名）授權 Carelon Behavioural Health（或持有我資訊的任何 Carelon Behavioural Health 子公司）透露我的醫療照護資訊，如下所述。

其他會員識別資訊 會員識別號：- _____ 出生日期： _____

電話號碼： _____ 健康計劃名稱： _____

第 2 部分：哪些人將收到此醫療照護資訊？

請以正楷填寫將收到您資訊的個人、提供者姓名或實體名稱以及聯絡資訊（如已知）：

將收到您資訊之個人的電話號碼： _____

該資訊中是否要包含過去、現在和/或未來治療提供者的資訊？ 是 否

第 3 部分：公開此醫療照護資訊的原因？

原因（可以回答如「應我的要求」）： _____

如果可能，請詳述： 照護協調/管理 理賠援助 照護品質審查

其他（請說明原因）： _____

第 4 部分：可以公開哪些醫療照護資訊？

透過在下頁各項上簽署姓名首字母，您即授權 Carelon Behavioural Health 向上述第 2 部分中指定的相關方公開特定類型的資訊：

_____ 心理健康資訊和/或記錄（需簽署姓名首字母）

_____ 酒精或藥物使用資訊和/或記錄（需簽署姓名首字母）

_____ **可選：** 理賠資訊 授權 福利說明信函 拒絕/申訴資訊 臨床記錄

HIV/愛滋病相關資訊和/或記錄（需簽署姓名首字母）

_____ 其他健康資訊，請詳述（需簽署姓名首字母） _____

特別說明（如有）（您可以指定提供者、日期範圍、服務類型等）： _____



第 5 部分：本授權有效期為多久？

本授權有效期為一年，或者直到我按照下述方式撤銷本授權為止，或者直到（插入到期日期或事件）_____（以先發生者為準）。

第 6 部分：我有什麼權利？

- 您有權索取此表的副本以及所透露資訊的副本。
- 您並非必須簽署此授權書，並且您的拒絕不會影響您的福利，需要此授權書來確定您的福利的情況除外。
- 此授權所透露的資訊可能有被接收者重新透露的風險，如果發生這種情況，該資訊可能不再受到聯邦隱私法的保護。
- 您有權隨時撤銷此授權。**但如您撤銷此授權，此撤銷不會妨礙公開 Carelon Behavioral Health 已傳送給接收者的任何資訊。**
- 若您授權向不是您的治療提供者的醫療照護組織公開酒精或藥物使用資訊，在接下來的兩年內，您有權查詢該組織內的哪些人實際上看到了您的資訊。您應直接聯絡該組織以取得該資訊。

請注意，如果您授權僅公開酒精或藥物使用治療記錄，您可以口頭撤銷本授權。涉及所有其他類型之醫療照護記錄的撤銷必須以書面形式進行。

會員或會員合法授權代表簽名*

日期

姓名（以正楷填寫）

*註：如果您作為某人的合法授權代表簽字，請附上授予您此授權的適當法律文件副本。例如醫療照護授權書、法院命令、監護權文件等。財務或商業授權書不符合此條件。

如您有任何疑問或要確定應將您的請求郵寄或傳真至何處，請聯絡您的醫療 ID 卡上的行為健康、心理健康或藥物使用服務電話號碼。