

Carelon Behavioral Health, Inc. / San Francisco Health Plan
Форма направления на управление поведенческим здоровьем

Дата направления: _____ Имя участника: _____ Идентификационный номер CIN программы Medi-Cal: _____

Дата рождения: _____ Имя родителя /опекуна: _____ Предпочтительный язык: _____

Телефон: _____ (домашний); _____ (мобильный родителя/опекуна); _____ (мобильный участника)

Адрес участника: _____

Участник уведомлен об этом направлении: Да Нет Родитель/Опекуну уведомлен об этом направлении: Да Нет

Если участник является несовершеннолетним в возрасте 12 лет и старше, кто запрашивает управление и услуги по уходу МН?

Только для участников (родитель/опекун не знает) Только родитель/опекун И член, и родитель/опекун

Способен ли несовершеннолетний в возрасте 12 лет и старше давать согласие на получение услуг? Да Нет Если нет, объясните _____

Лучший день/время, чтобы связаться с участником: _____ Лучший день и время, чтобы связаться с родителем/опекуном: _____

Клиника РСР/Агентство: _____ Имя РСР: _____ Телефон РСР: _____

ИСТОЧНИК НАПРАВЛЕНИЯ:

План медицинского обслуживания РСР Поставщик поведенческого здоровья Специализированный поставщик Партнер сообщества Больница

Направляющая клиника/агентство/местоположение: _____ **Направляющий провайдер:** _____

Электронная почта: _____ **Контактный телефон #:** _____ **Факс №:** _____

Направление для управления уходом: Местные службы координации психиатрической помощи, чтобы: связать участников с поставщиками психиатрических услуг, привлечь участников с историей несоблюдения и / или связать их со службами поддержки сообщества, а также помочь в координации между несколькими учреждениями.

Запрашиваемые услуги: Индивидуальная/групповая терапия Семейная терапия Управление лекарствами Другой: _____

Причина направления (отметьте все подходящие варианты):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Депрессия/тревога | <input type="checkbox"/> Суицидальные мысли или мысли об убийстве: Если да, Текущий <input type="checkbox"/> История <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Плохой уход за собой из-за психического здоровья | <input type="checkbox"/> Ответ на HRA: _____ |
| <input type="checkbox"/> Психоз (слуховые/зрительные галлюцинации, бред) | <input type="checkbox"/> Трудности в поддержании отношений |
| <input type="checkbox"/> ПТСР/травма | <input type="checkbox"/> Гендерная идентичность |
| <input type="checkbox"/> Насилие/агрессивное поведение | <input type="checkbox"/> Юридическое, жестокое обращение с детьми или пожилыми людьми |
| <input type="checkbox"/> Трудно/невозможно выполнить ADL | <input type="checkbox"/> Неблагоприятный детский опыт (ACE): Счет _____ |
| <input type="checkbox"/> Трудно/не могу ходить на работу/учебу | <input type="checkbox"/> Хроническая боль |
| <input type="checkbox"/> Перинатальная депрессия и/или тревога | <input type="checkbox"/> Другой: _____ |

Уход из округа SMHS: Да Нет Использование незаконных веществ: Если да, Текущий История Использование незаконных веществ (тип): _____

Психическое здоровье и медицинские диагнозы: _____

Лекарства (перечислите ниже или отправьте список лекарств с этой формой): _____

Дополнительная информация: _____

- Мотивация участников для услуг:
- Участник хочет услуги для себя (или иждивенца)
 - Участник не уверен или сомневается в услугах для себя (или зависимых)
 - Участник не хочет получать услуги или не считает, что они нужны
 - Участник не был проинформирован об этом направлении в Carelon



Важно: Заполняя все разделы этой формы, вы разрешаете компании Carelon Behavioral Health, Inc. раскрывать информацию о медицинском обслуживании указанным вами лицам на срок до одного года. Вы можете разрешить Carelon Behavioral Health делиться медицинской информацией с вашей семьей, поставщиками медицинских услуг, законным представителем или **любым лицом**, которого вы хотите, чтоб имел доступ. Пожалуйста, заполните все разделы, так как могут быть возвращены неполные формы.

Обратите внимание: Также важно, чтобы ваш врач имел доступ к вашей медицинской информации, чтобы гарантировать вам получение наилучшего медицинского обслуживания, включая любое последующее лечение, которое может потребоваться. Чтобы разрешить Carelon Behavioral Health отправлять информацию о вашем медицинском обслуживании вашему врачу, заполните и подпишите эту форму. Мы будем отправлять только информацию, относящуюся к вашему уходу.

Если ваш запрос касается информации об употреблении алкоголя или психоактивных веществ, обратите внимание на специальные инструкции в соответствующих разделах.

РАЗДЕЛ 1: ЧЬЯ ИНФОРМАЦИЯ О МЕДИЦИНСКОМ ОБСЛУЖИВАНИИ ДОЛЖНА БЫТЬ РАЗГЛАШЕНА?

Я, **(Имя участника)** уполномочиваю Carelon Behavioral Health (или любую дочернюю компанию Carelon Behavioral Health, владеющую моей информацией) раскрывать информацию о моем медицинском обслуживании, как описано ниже.

Дополнительная идентификационная информация участника

ID пользователя#: - _____ Дата рождения: __

Номер телефона: _____ Название плана медицинского обслуживания: __ _____

РАЗДЕЛ 2: КТО ДОЛЖЕН ПОЛУЧАТЬ ЭТУ ИНФОРМАЦИЮ О МЕДИЦИНСКОМ ОБСЛУЖИВАНИИ?

Напечатайте имя (имена) лица, поставщика или организации, которые будут получать вашу информацию и контактную информацию (если она известна):

Телефон того, кто будет получать вашу информацию: _____

Можно ли включать информацию от прошлых, настоящих и/или будущих лечащих поставщиков?: Да Нет

РАЗДЕЛ 3: ЗАЧЕМ ДОЛЖНА БЫТЬ РАЗГЛАШЕНА ЭТА ИНФОРМАЦИЯ О МЕДИЦИНСКОМ ОБСЛУЖИВАНИИ?

Причина («По моей просьбе» является приемлемым ответом): _____

Укажите, если возможно: Координация услуг/управление Помощь с иском Обзор качества обслуживания

Другое (Пожалуйста, объясните причину): _____

РАЗДЕЛ 4: КАКАЯ ИНФОРМАЦИЯ О МЕДИЦИНСКОМ ОБСЛУЖИВАНИИ МОЖЕТ БЫТЬ РАЗГЛАШЕНА?

СТАВЯ СВОИ ИНИЦИАЛЫ на следующей странице, вы разрешаете Carelon Behavioral Health передавать определенные типы информации стороне, указанной в Разделе 2 выше:

_____ Информация и/или записи о психическом здоровье (**НЕОБХОДИМЫ ИНИЦИАЛЫ**)

_____ Информация и/или записи об употреблении алкоголя или психоактивных веществ (**НЕОБХОДИМЫ ИНИЦИАЛЫ**)

По	<input type="checkbox"/> Информация	<input type="checkbox"/> Разрешения	<input type="checkbox"/> Пояснения к письмам о	<input type="checkbox"/> Информация об	<input type="checkbox"/> Клинические
выбору:	об иске		льготах	отказах/апелляциях	заметки

_____ Информация и/или записи, связанные с ВИЧ/СПИДом (**НЕОБХОДИМЫ ИНИЦИАЛЫ**)

_____ Прочая медицинская информация, пожалуйста, укажите (**НЕОБХОДИМЫ ИНИЦИАЛЫ**): _____

Особые инструкции, если таковые имеются (можно указать провайдера, диапазон дат, тип услуги и т. д.): _____



РАЗДЕЛ 5: КАК ДОЛГО ДЕЙСТВУЕТ ЭТО РАЗРЕШЕНИЕ?

Это разрешение действует в течение **одного года** или до тех пор, пока я не отзову его в порядке, описанном ниже, или до **(указать дату истечения срока действия или событие)** _____ (что короче).

РАЗДЕЛ 6: КАКОВЫ МОИ ПРАВА?

- Вы имеете право запросить копию этой формы и запросить копию раскрываемой информации.
- Вам не нужно подписывать это разрешение, и ваш отказ не повлияет на ваши пособия, за исключением случаев, когда это разрешение необходимо для определения ваших пособий.
- Информация, раскрытая в соответствии с этим разрешением, может подвергаться риску повторного раскрытия получателем, и если это произойдет, она может перестать быть защищена федеральными законами о конфиденциальности.
- Вы имеете право отозвать это разрешение в любое время. **Но если вы отзовете это разрешение, отзыв не повлияет на раскрытие какой-либо информации, которую Carelon Behavioral Health уже отправила получателю.**
- Если вы санкционировали раскрытие информации об употреблении алкоголя или психоактивных веществ организации здравоохранения, которая не является вашим лечащим врачом, в течение следующих двух лет вы имеете право узнать, кто в этой организации действительно видел вашу информацию. Вам следует связаться с организацией напрямую для получения этой информации.

Обратите внимание, что если вы дали разрешение на раскрытие ТОЛЬКО записей о лечении от алкогольной или наркотической зависимости, вы можете отозвать это разрешение в устной форме. Аннулирование, касающееся всех других типов медицинских записей, должно быть оформлено в письменной форме.

Подпись Участника или законного представителя Участника*

Дата

Имя печатными

*** ПРИМЕЧАНИЕ:** Если вы подписываетесь как уполномоченный по закону представитель физического лица, приложите копию соответствующего юридического документа (документов), дающего вам полномочия на это. Примерами могут служить доверенность на медицинское обслуживание, постановление суда, документы об опекунов и т. д. Финансовая или деловая доверенности НЕ достаточно.

Если у вас есть какие-либо вопросы или чтобы определить, куда отправить запрос по почте или по факсу, позвоните по номеру телефона, указанному в вашей медицинской идентификационной карточке, для получения услуг в области поведенческого здоровья, психического здоровья или употребления психоактивных веществ.