

Carelon Behavioral Health, Inc. / San Francisco Health Plan
Referral Form para sa Pamamahala ng Pangangalaga ng Kalusugan ng Pag-uugali

Petsa ng Referral: _____ Pangalan ng Miyembro: _____ CIN ID# ng Medi-Cal: _____

Petsa ng Kapanganakan: _____ Pangalan ng Magulang/Tagapag-alaga: _____ Mas Gustong Wika: _____

Telepono: _____ (sa bahay); _____ (cellphone ng magulang/tagapag-alaga); _____ (cellphone ng miyembro)

Address ng miyembro: _____

Inabisuhan ang miyembro tungkol sa referral na ito: Oo Hindi Inabisuhan ang magulang/tagapag-alaga tungkol sa referral na ito: Oo Hindi

Kung ang miyembro ay menor de edad na 12 at mas matanda pa, sino ang humihiling ng pamamahala at mga serbisyo sa pangangalaga ng MH?

Miyembro lang (hindi alam ng magulang/tagapag-alaga) Magulang/tagapag-alaga lang Ang parehong miyembro at magulang/tagapag-alaga

Mayroon bang kapasidad ang menor de edad na 12 at mas matanda pa para pahintulutan ang mga serbisyo? Mayroon Wala

Kung wala, mangyaring ipaliwanag _____

Pinakamagandang araw/oras para kontakin ang miyembro: _____ Pinakamagandang araw at oras para kontakin ang magulang/tagapag-alaga: _____

Klinika/Ahensya ng PCP: _____ Pangalan ng PCP: _____ Numero ng Telepono ng PCP: _____

PINAGKUNAN NG REFERRAL:

Planong Pangkalusugan PCP Provider para sa Kalusugan ng Pag-uugali Provider ng May Espesyalidad Katuwang sa Komunidad Ospital

Nagre-refer na Klinika/Ahensya/Lokasyon: _____ **Nagre-refer na Provider:** _____

Email: _____ **Numero ng Telepono para sa Pakikipag-ugnayan:** _____ **Numero ng Fax:** _____

Referral para sa Pamamahala ng Pangangalaga: Mga lokal na serbisyo para sa koordinasyon ng pangangalaga ng kalusugan ng pag-uugali para: iugnay ang mga miyembro sa mga provider para sa kalusugan ng isip, isali ang mga miyembrong may nakaraang hindi pagsunod at/o iugnay sila sa mga pansuportang serbisyo sa komunidad, at tumulong sa koordinasyon sa maraming ahensya

Mga Hiniling na Serbisyo: Therapy para sa Indibiduwal/Grupo Therapy para sa Pamilya Pamamahala ng Gamot Iba pa: _____

Dahilan ng Referral (lagyan ng check ang lahat ng naaangkop):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Depression/Anxiety | <input type="checkbox"/> Pag-iisip na Magpakamatay o Pumatay: Kung oo, Kasalukuyan <input type="checkbox"/> Nakaraan <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Hindi magandang pangangalaga sa sarili dahil sa kalusugan ng isip | <input type="checkbox"/> Tugon na Ibinigay sa HRA: _____ |
| <input type="checkbox"/> Psychosis (mga halusinasyon sa naririnig/nakikita, nagdedelusyon) | <input type="checkbox"/> Nahihirapang Magpanatili ng Mga Relasyon |
| <input type="checkbox"/> PTSD/Trauma | <input type="checkbox"/> Pagkakakilanlan ng Kasarian |
| <input type="checkbox"/> Karahasan/Agresibong Pag-uugali | <input type="checkbox"/> Pang-aabuso gamit ang Batas, Pang-aabuso ng Bata o Matanda |
| <input type="checkbox"/> Mahirap/Hindi Makumpleto ang mga ADL | <input type="checkbox"/> Mga Hindi Magandang Karanasan sa Pagkabata (Adverse Childhood Experiences, mga ACE): Score _____ |
| <input type="checkbox"/> Nahihirapan/hindi makapasok sa trabaho/paaralan | <input type="checkbox"/> Hindi Gumagaling na Pananakit |
| <input type="checkbox"/> Depression at/o Anxiety Bago Manganak | <input type="checkbox"/> Iba pa: _____ |

Step-down mula sa SMHS ng County: Oo Hindi

Paggamit ng Droga o Pag-inom ng Alak: Kung oo, Kasalukuyan Nakaraan Paggamit ng Droga o Pag-inom ng Alak (uri): _____

Kalusugan ng isip at mga medikal na diyagnosis: _____

Mga gamot (ilista sa ibaba o ipadala ang listahan ng gamot kasama ng form na ito): _____

Karagdagang Impormasyon: _____

Nag-uudyok sa Miyembro para sa Mga Serbisyo:

- Gusto ng miyembrong makakuha ng mga serbisyo para sa sarili (o sa umaasa)
 Hindi sigurado o nag-aalinlangan ang miyembro tungkol sa mga serbisyo para sa sarili (o sa umaasa)
 Ayaw ng miyembro ng mga serbisyo o hindi siya naniniwalang kailangan ang mga ito
 Hindi sinabi sa miyembro ang tungkol sa referral na ito para sa Carelon

*Pakikumpleto nang buo ang form hangga't maaari. Ipadala ang referral sa pamamagitan ng ligtas na email: MC_SFHP@carelon.com o i-fax sa: **855.371.8113***

Para sa mga miyembrong 12 at mas matanda, sa ilang sitwasyon sa ilalim ng batas sa privacy na AB1184, posibleng kailanganin ng nakasulat na ROI para magbahagi ng sensitibong impormasyon sa sinuman kasama ang mga magulang at tagapag-alaga. Kung maaari, mangyaring ipadala ang referral form na ito kasama ng nakumpletong paglalabas ng impormasyon para sa sinuamang posibleng kabilang sa pangangalaga ng miyembro.

Mahalaga: Sa pamamagitan ng pagkumpleto sa lahat ng seksyon ng form na ito, pinapayagan mo ang Carelon Behavioral Health, Inc. na sabihin ang impormasyon sa pangangalagang pangkalusugan sa mga indibiduwal na tutukuyin mo nang hanggang isang taon. Maaari mong payagan ang Carelon Behavioral Health na magbahagi ng impormasyon sa pangangalagang pangkalusugan sa iyong pamilya, mga provider, legal na kinatawan, o sa **sinumang** gusto mong magkaroon ng access. Pakipunan ang lahat ng seksyon dahil posibleng ibalik ang mga hindi kumpletong form.

Pakitandaan: Mahalaga rin sa iyong doktor na magkaroon ng access sa iyong medikal na impormasyon para matiyak na matatanggap mo ang pinakamagandang pangangalaga na maaari, kasama ang anumang kasunod na pangangalaga na posibleng kailanganin. Para bigyan ang Carelon Behavioral Health ng kakayahang ipadala ang iyong impormasyon sa pangangalagang pangkalusugan sa doktor mo, kumpletuhin at pirmahan ang form na ito. Ipapadala lang namin ang impormasyong tungkol sa pangangalaga sa iyo.

Kung ang iyong kahilingan ay kinabibilangan ng impormasyon sa pag-inom ng alak o paggamit ng droga, mangyaring magtuon ng pansin sa mga espesyal na instruksyon sa mga naaangkop na seksyon.

SEKSYON 1: KANINONG IMPORMASYON SA PANGANGALAGANG PANGKALUSUGAN ANG ILALABAS?

Ako, si **(Pangalan ng Miyembro)** ay pinahihintulutan ang Carelon Behavioral Health (o anumang Carelon Behavioral Health subsidiary na may hawak ng impormasyon ko) na sabihin ang impormasyon ng aking pangangalagang pangkalusugan gaya ng inilalarawan sa ibaba.

Kumikilalang Impormasyon sa Karagdagang Miyembro

Numero ng ID ng Miyembro: - _____ Petsa ng Kapanganakan: _____

Numero ng Telepono: _____ Pangalan ng Planong Pangkalusugan: _____

SEKSYON 2: SINO ANG TATANGGAP NG IMPORMASYON SA PANGANGALAGANG PANGKALUSUGAN NA ITO?

Isulat ang (mga) Pangalan ng tao, provider o entity na tatanggap ng iyong impormasyon at impormasyon sa pakikipag-ugnayan (kung alam): _____

Numero ng telepono ng tatanggap ng iyong impormasyon: _____

Okay bang magsama ng impormasyon mula sa nakaraan, kasalukuyan, at/o magiging (mga) gumagamot na provider? Oo Hindi

SEKSYON 3: BAKIT DAPAT ILABAS ANG IMPORMASYON SA PANGANGALAGANG PANGKALUSUGAN NA ITO?

Dahilan (Tinatanggap na sagot ang "Kapag hiniling ko"): _____

Tukuyin, kung maaari: Koordinasyon/Pamamahala ng Pangangalaga Tulong sa Claim Pagsusuri ng Kalidad ng Pangangalaga

Iba pa (Mangyaring ipaliwanag ang dahilan): _____

SEKSYON 4: ANONG IMPORMASYON SA PANGANGALAGANG PANGKALUSUGAN ANG POSIBLENG ILABAS?

SA PAGLALAGAY NG INISYAL sa mga item sa sumusunod na pahina, pinahihintulutan mo ang Carelon Behavioral Health na maglabas ng partikular na mga uri ng impormasyon sa partidong tinukoy sa Seksyon 2 sa itaas:

_____ Impormasyon at/o mga record ng impormasyon sa kalusugan ng isip **(KAILANGAN NG MGA INISYAL)**

_____ Impormasyon at/o mga record ng pag-inom ng alak o paggamit ng droga **(KAILANGAN NG MGA INISYAL)**

_____ **Opsyonal:** Impormasyon ng mga Claim Mga Awtorisasyon Mga sulat ng paliwanag ng benepisyo Impormasyon ng Mga Pagtangi/Mga Apela Mga klinikal na tala

Impormasyon at/o mga record na may kaugnayan sa HIV/AIDS **(KAILANGAN NG MGA INISYAL)**

_____ Iba pang impormasyon ng kalusugan, mangyaring tukuyin **(KAILANGAN NG MGA INISYAL):** _____

Mga espesyal na instruksyon, kung mayroon (maaari mong tukuyin ang provider, span ng petsa, uri ng serbisyo, atbp.): _____

SEKSYON 5: GAANO KATAGAL ANG AWTORISASYON NA ITO?

Ipatatupad at magkakabisa **nang isang taon** ang awtorisasyon na ito o hanggang sa bawiin ko ito, sa paraan na inilarawan sa ibaba o hanggang **(ilagay ang petsa ng pag-expire o kaganapan)** _____ (alinman ang mas maikli).

SEKSYON 6: ANO ANG AKING MGA KARAPATAN?

- May karapatan kang humiling ng kopya ng form na ito at humiling ng kopya ng impormasyon na sasabihin.
- Hindi mo kailangang pirmahan ang awtorisasyon na ito at hindi makakaapekto sa iyong mga benepisyo ang pagtangi mo maliban kung kinakailangan ang awtorisasyon na ito para malaman ang iyong mga benepisyo.
- Ang impormasyong sinabi ng awtorisasyon na ito ay posibleng nanganganib na masabi ulit ng tatanggap nito at kung mangyayari iyon, maaaring hindi na ito protektado ng mga pederal na batas sa privacy.
- May karapatan kang bawiin ang awtorisasyon na ito anumang oras. **Ngunit kung babawiin mo ang awtorisasyon na ito, hindi maapektuhan ng pagbawi ang pagsasabi ng anumang impormasyon na naipadala na ng Carelon Behavioral Health sa tatanggap nito.**
- Kung pinahintulutan mo ang paglalabas ng impormasyon sa pag-inom ng alak o paggamit ng droga sa organisasyon ng pangangalagang pangkalusugan na hindi ang gumagamot na provider mo, para sa susunod na dalawang taon, may karapatan kang alamin kung sinong nasa organisasyon na iyon ay talagang nakakita ng iyong impormasyon. Dapat mong direktang kontakin ang organisasyon para sa impormasyong iyon.

Pakitandaan na kung pinahintulutan mo ang paglalabas LANG ng mga record ng paggamot ng pag-inom ng alak o paggamit ng droga, maaari mong berbal na bawiin ang awtorisasyon na ito. Dapat nakasulat ang pagbawi na kinabibilangan ng lahat ng iba pang uri ng record ng pangangalagang pangkalusugan.

_____ Pirmang Miyembro o ang Legal na Awtorisadong Kinatawan ng Miyembro*

_____ Petsa

_____ Isulat ang Pangalan



* **TANDAAN:** Kung pipirma ka bilang Legal na Awtorisadong Kinatawan ng indibiduwal, maglakip ng kopya ng naaangkop na (mga) legal na dokumento na nagbibigay sa iyo ng awtoridad na gawin ito. Ang mga halimbawa ay ang power of attorney sa pangangalagang pangkalusugan, utos ng hukuman, mga papeles sa pag-aalaga, atbp. **HINDI** sapat ang pinansyal o pangnegosyong power of attorney.

Mangyaring kontakin ang numero ng telepono para sa mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali, kalusugan ng isip, o pag-inom ng alak o paggamit ng droga sa iyong ID card na pangmedikal para sa anumang tanong o para malaman kung saan ipapadala sa koreo o ifa-fax ang iyong kahilingan.