

Carelton Behavioral Health, Inc. / San Francisco Health Plan
Mẫu Giới thiệu Quản lý Chăm sóc Sức khỏe Hành vi

Ngày giới thiệu: _____ Tên Thành viên: _____ Medi-Cal CIN ID#: _____

Ngày sinh: _____ Tên Phụ huynh/Người giám hộ: _____ Ngôn ngữ Ưu tiên: _____

Số điện thoại: _____ (nhà); _____ (di động của phụ huynh/người giám hộ); _____ (di động của thành viên)

Địa chỉ Thành viên: _____

Thành viên được thông báo về sự giới thiệu này: Có Không Phụ huynh/người giám hộ được thông báo về sự giới thiệu này: Có Không

Nếu thành viên là trẻ vị thành niên từ 12 tuổi trở lên, ai sẽ yêu cầu dịch vụ và quản lý chăm sóc MH?

Chỉ dành cho thành viên (phụ huynh/người giám hộ không biết) Chỉ dành cho phụ huynh/người giám hộ Cả thành viên và phụ huynh/người giám hộ

Trẻ vị thành niên từ 12 tuổi trở lên có khả năng đồng ý các dịch vụ không? Có Không Nếu có, vui lòng giải thích _____

Ngày/thời gian thuận tiện nhất để liên hệ với thành viên: _____

Ngày và giờ thuận tiện nhất để liên hệ với phụ huynh/người giám hộ: _____

Phòng khám/Đại diện PCP: _____ Tên PCP: _____ Số điện thoại của PCP: _____

NGUỒN THAM KHẢO:

Chương trình Bảo hiểm Y tế PCP Nhà cung cấp Dịch vụ Sức khỏe Hành vi Nhà cung cấp Dịch vụ Chuyên khoa Đối tác Cộng đồng Bệnh viện

Phòng khám/Đại diện/Địa điểm Giới thiệu: _____ **Nhà cung cấp Dịch vụ Giới thiệu:** _____

Email: _____ **Điện thoại Liên hệ #:** _____ **Fax#:** _____

Giới thiệu Quản lý Chăm sóc: Các dịch vụ điều phối chăm sóc sức khỏe hành vi tại địa phương nhằm: liên kết các thành viên với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần, khuyến khích các thành viên có lịch sử không tuân thủ tham gia và/hoặc kết nối họ với các dịch vụ hỗ trợ cộng đồng và hỗ trợ điều phối giữa nhiều cơ quan

Dịch vụ được Yêu cầu: Liệu pháp Cá nhân/Nhóm Liệu pháp Gia đình Quản lý Thuốc Khác: _____

Lý do Giới thiệu (đánh dấu tất cả các lựa chọn phù hợp):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trầm cảm/Lo âu | <input type="checkbox"/> Ý định tự tử hoặc ý nghĩ giết người: Nếu có, Hiện tại <input type="checkbox"/> Tiền sử <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Chăm sóc bản thân kém do sức khỏe tâm thần | <input type="checkbox"/> Phản hồi được Đưa ra trên HRA: _____ |
| <input type="checkbox"/> Rối loạn tâm thần (ảo giác thính giác/thị giác, ảo tưởng) | <input type="checkbox"/> Khó Duy trì các Mối quan hệ |
| <input type="checkbox"/> PTSD/Sang chấn | <input type="checkbox"/> Bản dạng Giới |
| <input type="checkbox"/> Bạo lực/Hành vi Gây hấn | <input type="checkbox"/> Lạm dụng Pháp lý, Trẻ em hoặc Người cao niên |
| <input type="checkbox"/> Khó/Không thể Hoàn thành ADL | <input type="checkbox"/> Trải nghiệm Bất lợi Thời thơ ấu (ACEs): Thang _____ |
| <input type="checkbox"/> Khó khăn/không thể đi làm/đi học | <input type="checkbox"/> Đau Mạn tính |
| <input type="checkbox"/> Trầm cảm và/hoặc Lo lắng Chu sinh | <input type="checkbox"/> Khác: _____ |

Bước điều trị ở mức thấp hơn (Step-down) từ SMHS của Quận: Có Không

Lạm dụng Chất gây nghiện: Nếu có, Hiện tại Tiền sử Lạm dụng Chất gây nghiện (loại): _____

Chẩn đoán sức khỏe tâm thần và y tế: _____

Thuốc (liệt kê bên dưới hoặc gửi danh sách thuốc kèm theo mẫu này): _____

Thông tin Bổ sung: _____

Động lực của Thành viên cho các Dịch vụ:

- Thành viên muốn các dịch vụ cho bản thân (hoặc người phụ thuộc)
- Thành viên không chắc chắn hoặc mơ hồ về các dịch vụ cho bản thân (hoặc người phụ thuộc)
- Thành viên không muốn các dịch vụ hoặc không tin rằng các dịch vụ này là cần thiết
- Thành viên chưa được thông báo về việc giới thiệu này đến Carelon

Vui lòng hoàn thành mẫu đơn đầy đủ nhất có thể. Gửi giới thiệu qua email bảo mật: MC_SFHP@carelon.com hoặc gửi fax tới: **855.371.8113**

Đối với các thành viên từ 12 tuổi trở lên, trong một số trường hợp nhất định theo luật bảo mật AB1184, có thể cần phải có ROI bằng văn bản để chia sẻ thông tin nhạy cảm với bất kỳ ai, kể cả phụ huynh và người giám hộ. Nếu có thể, vui lòng gửi biểu mẫu giới thiệu này cùng với bản tiết lộ thông tin hoàn chỉnh cho bất kỳ ai có thể tham gia vào việc chăm sóc thành viên.



Quan trọng: Bằng cách hoàn thành tất cả các phần của mẫu này, quý vị cho phép Carelon Behavioral Health, Inc. tiết lộ thông tin chăm sóc sức khỏe cho những cá nhân mà quý vị xác định trong tối đa một năm. Quý vị có thể cho phép Carelon Behavioral Health chia sẻ thông tin chăm sóc sức khỏe với gia đình, nhà cung cấp, đại diện hợp pháp của quý vị hoặc **bất kỳ người nào** mà quý vị muốn cho phép tiếp cận. Vui lòng điền vào tất cả các phần vì các mẫu đơn không đầy đủ có thể bị trả lại.

Xin lưu ý: Điều quan trọng nữa là bác sĩ của quý vị được tiếp cận thông tin y tế của quý vị để đảm bảo quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc phù hợp nhất có thể, bao gồm bất kỳ dịch vụ chăm sóc theo dõi nào có thể cần thiết. Để cho phép Carelon Behavioral Health có khả năng gửi thông tin chăm sóc sức khỏe của quý vị đến bác sĩ của quý vị, hãy điền và ký tên vào mẫu này. Chúng tôi sẽ chỉ gửi thông tin liên quan đến dịch vụ chăm sóc của quý vị.

Nếu yêu cầu của quý vị liên quan đến thông tin lạm dụng rượu hoặc chất gây nghiện, vui lòng chú ý đến các hướng dẫn đặc biệt trong các phần áp dụng.

PHẦN 1: THÔNG TIN CHĂM SÓC SỨC KHỎE CỦA AI ĐƯỢC TIẾT LỘ?

Tôi, **(Tên Thành viên)** cho phép Carelon Behavioral Health (hoặc bất kỳ công ty trực thuộc nào của Carelon Behavioral Health nắm giữ thông tin của tôi) tiết lộ thông tin chăm sóc sức khỏe của tôi như được mô tả bên dưới.

Thông tin Nhận dạng Thành viên Bổ sung Số ID Thành viên: - _____ Ngày sinh: _____

Số điện thoại: _____ Tên Chương trình Bảo hiểm Y tế: _____

PHẦN 2: AI ĐƯỢC NHẬN THÔNG TIN CHĂM SÓC SỨC KHỎE NÀY?

Viết in hoa (các) Tên của người, nhà cung cấp dịch vụ hoặc tổ chức sẽ nhận thông tin của quý vị và thông tin liên hệ (nếu biết): _____

Số điện thoại của người sẽ nhận thông tin của quý vị: _____

Có thể bao gồm thông tin từ (các) nhà cung cấp dịch vụ điều trị trong quá khứ, hiện tại và/hoặc tương lai không?: Có Không

PHẦN 3: TẠI SAO THÔNG TIN CHĂM SÓC SỨC KHỎE NÀY NÊN ĐƯỢC TIẾT LỘ?

Lý do ("Theo yêu cầu của tôi" là phản hồi có thể chấp nhận được): _____

Ghi rõ, nếu có thể: Quản lý/Điều phối Chăm sóc Hỗ trợ Yêu cầu Thanh toán Đánh giá Chất lượng Chăm sóc
 Khác (Vui lòng giải thích lý do): _____

PHẦN 4: THÔNG TIN CHĂM SÓC SỨC KHỎE NÀO CÓ THỂ ĐƯỢC TIẾT LỘ?

BẢNG VIẾC KÝ TẮT các mục trên trang sau, quý vị cho phép Carelon Behavioral Health tiết lộ các loại thông tin cụ thể cho bên được xác định trong Phần 2 ở trên:

_____ Thông tin và/hoặc hồ sơ sức khỏe tâm thần (**BẮT BUỘC CHỮ KÝ TẮT**)

_____ Thông tin và/hoặc hồ sơ lạm dụng rượu hoặc chất gây nghiện (**BẮT BUỘC CHỮ KÝ TẮT**)

Không bắt buộc: cầu thanh toán	<input type="checkbox"/> Thông tin yêu	<input type="checkbox"/> Cho phép	<input type="checkbox"/> Thư Giải thích Quyền lợi	<input type="checkbox"/> Thông tin Từ chối/Kháng nghị	<input type="checkbox"/> Ghi chú lâm sàng
---------------------------------------	--	-----------------------------------	---	---	---

_____ Thông tin và/hoặc hồ sơ liên quan đến HIV/AIDS (**BẮT BUỘC CHỮ KÝ TẮT**)

_____ Thông tin sức khỏe khác, vui lòng ghi rõ (**BẮT BUỘC CHỮ KÝ TẮT**): _____

Hướng dẫn đặc biệt, nếu có (quý vị có thể chỉ định nhà cung cấp, khoảng thời gian, loại dịch vụ, v.v.): _____



PHẦN 5: SỰ CHO PHÉP NÀY KÉO DÀI BAO LÂU?

Sự cho phép này sẽ có hiệu lực trong **một năm** hoặc cho đến khi tôi thu hồi nó, theo cách được mô tả bên dưới hoặc cho đến khi (**thêm ngày hết hạn hoặc sự kiện**) _____ (tùy theo thời gian nào ngắn hơn).

PHẦN 6: CÁC QUYỀN CỦA TÔI LÀ GÌ?

- Quý vị có quyền yêu cầu một bản sao của mẫu này và yêu cầu một bản sao thông tin đang được tiết lộ.
- Quý vị không cần phải ký mẫu cho phép này và việc quý vị từ chối sẽ không ảnh hưởng đến quyền lợi của quý vị trừ khi mẫu cho phép này là cần thiết để xác định quyền lợi của quý vị.
- Thông tin được tiết lộ theo mẫu cho phép này có thể có nguy cơ bị người nhận tiết lộ lại và nếu điều đó xảy ra, thông tin đó có thể không còn được bảo vệ bởi luật riêng tư của liên bang.
- Quý vị có quyền thu hồi sự cho phép này bất cứ lúc nào. **Nhưng nếu quý vị rút lại sự cho phép này, thì việc rút lại sẽ không ảnh hưởng đến việc tiết lộ bất kỳ thông tin nào mà Carelon Behavioral Health đã gửi cho người nhận.**
- Nếu quý vị cho phép tiết lộ thông tin về việc lạm dụng rượu hoặc chất gây nghiện cho một tổ chức chăm sóc sức khỏe không phải là nhà cung cấp dịch vụ điều trị cho quý vị, thì trong hai năm tới, quý vị có quyền tìm hiểu xem ai trong tổ chức đó đã thực sự xem thông tin của quý vị. Quý vị cần liên hệ trực tiếp với tổ chức để biết thông tin đó.

Xin lưu ý rằng nếu quý vị đã cho phép tiết lộ CHỈ hồ sơ điều trị lạm dụng rượu hoặc chất gây nghiện, quý vị có thể thu hồi sự cho phép này bằng lời. Việc thu hồi liên quan đến tất cả các loại hồ sơ chăm sóc sức khỏe khác phải được thực hiện bằng văn bản.

Chữ ký của Thành viên hoặc Đại diện được Ủy quyền Hợp pháp của Thành viên*

Ngày

Tên Viết In Hoa

*** LƯU Ý: Nếu quý vị đang ký với tư cách là Người đại diện được Ủy quyền Hợp pháp của cá nhân đó, hãy gửi kèm một bản sao của (các) tài liệu pháp lý phù hợp cấp cho quý vị quyền làm như vậy. Các ví dụ sẽ là giấy ủy quyền chăm sóc sức khỏe, lệnh của tòa án, giấy tờ giám hộ, v.v. Giấy ủy quyền về tài chính hoặc kinh doanh là KHÔNG đủ.**

Vui lòng liên hệ với số điện thoại dành cho các dịch vụ về sức khỏe hành vi, sức khỏe tâm thần hoặc sử dụng chất gây nghiện trên thẻ ID y tế của quý vị nếu có bất kỳ thắc mắc nào hoặc để xác định nơi gửi thư hoặc fax yêu cầu của quý vị.