

轉介日期：_____ 會員姓名：_____ Medi-Cal CIN ID 號碼：_____

出生日期：_____ 家長/監護人姓名：_____ 首選語言：_____

電話：_____ (住宅)；_____ (家長/監護人牢房)；_____ (會員手機)

會員地址：_____

12 歲及以上的未成年人是否有能力同意服務？ 是 否 如果回答「否」，請解釋 _____

聯絡會員的最佳日子/時間：_____ 聯絡家長/監護人的最佳日子和時間：_____

初級保健提供者 (PCP) 診所/機構：_____ PCP 姓名：_____ PCP 電話號碼：_____

要收到此轉介結果的確認，請勾選以下方塊並註明首選方法和聯絡資訊：

電子郵件：_____ 傳真號碼：_____

請檢查以確認會員資格已獲得驗證

PCP 申請 (每份轉介表一項申請)

PCP 決策支援：與 Carelon Behavioral Health 精神科醫生進行有關精神病診斷/藥物的精神健康教育對話。聯絡國家同行顧問熱線：**辦公時間：**太平洋標準時間週一至週五上午 6 點至下午 5 點 **請致電：**877-241-5575

門診行為健康服務轉介：當會員的需求超出 PCP 執業範圍時，透過 Carelon Behavioral Health 的提供者網絡轉介會員接受治療或藥物管理。Carelon Behavioral Health 可以與縣精神健康部門合作協調會員護理。傳真：**877.321.1787** 或安全電子郵件：Medi-Cal.Referral@carelon.com

行為健康治療 (BHT)/應用行為分析 (ABA) 服務：為已確診患有自閉症譜系障礙 (ASD) 或有醫療必要性的 BHT/ABA 服務的 21 歲以下青少年 提供專業服務。****請附上包括申請 ABA 服務的醫囑的文件或進度記錄。**
傳真：**877.321.1776** 或安全電子郵件 ASGCare.Managers@carelon.com

申請原因 (請勾選所有適用項)：

症狀：

- | | | |
|---|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 憂鬱症 | <input type="checkbox"/> 圍產期憂鬱症/焦慮 | <input type="checkbox"/> 創傷後壓力症候群 (PTSD)/創傷 |
| <input type="checkbox"/> 由於精神健康而導致自我護理能力差 | <input type="checkbox"/> 暴力/攻擊行為 | <input type="checkbox"/> 慢性疼痛 |
| <input type="checkbox"/> 精神病 (幻聽/幻視, 妄想症) | <input type="checkbox"/> 心理檢測 | <input type="checkbox"/> 焦慮 |
| <input type="checkbox"/> 不良童年經歷 (ACE) | <input type="checkbox"/> 神經心理學檢測 | |
| <input type="checkbox"/> 物質使用, 請註明：_____ | | |
| <input type="checkbox"/> 其他行為健康 (BH) 症狀：_____ | | |

障礙：

- 難以/無法完成 ADL 難以維持關係 法律 CPS
 難以/無法上班/上學 其他：_____

藥物 (在下方列出或隨此表格發送藥物清單, 請註明劑量)：

服務動機 (請勾選所有適用項)

- 會員 (或監護人) 被告知轉介至 Carelon Behavioral Health
 會員希望為自己 (或家屬) 提供服務
 會員對為自己 (或家屬) 提供的服務不確定或持矛盾態度
 如適用, 會員已完成 PHQ-2/PHQ-9, 分數 _____

對於 12 歲及以上的會員, 在某些情況下, 根據隱私權法 AB1184, 與任何人 (包括父母和監護人) 分享敏感資訊可能需要書面 ROI。如果可能, 請將此推介表與完整的資訊發布一起發送給可能參與會員護理的任何人。