

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

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

Телефон: _____ (дом); _____ (сотовый тел. родителя/опекуна); _____ (сотовый тел. участника)

Адрес участника: _____

Имеет ли несовершеннолетний в возрасте 12 лет и старше право давать согласие на получение услуг? Да Нет

Если нет, пожалуйста, объясните. _____

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

Клиника/агентство PCP: _____ Имя PCP: _____ Номер телефона PCP: _____

Чтобы получить подтверждение результата по данному направлению, пожалуйста, отметьте поле ниже, указав предпочтительный способ и контактные данные:

Адрес электронной почты: _____ Номер факса: _____

Пожалуйста, отметьте, чтобы подтвердить, что право участника было проверено

Запрос на получение направления от PCP (один запрос на форму направления)

Поддержка решения PCP: Получить образовательную беседу по вопросам психического здоровья с психиатром Carelon Behavioral Health, касающуюся психиатрических диагнозов/лекарств. Свяжитесь с национальной линией консультантов:
Часы работы офиса: 6am-5pm по тихоокеанскому времени, понедельник – пятница **Пожалуйста, позвоните по номеру телефона:** 877-241-5575

Направление на амбулаторные услуги поведенческого здоровья: Направлять участников на терапию или медикаментозное лечение через сеть поставщиков услуг Carelon Behavioral Health, если их потребности выходят за рамки практики PCP. Carelon Behavioral Health может координировать уход за участниками с окружным отделом психического здоровья. **Факс: 877.321.1787 ИЛИ защищенная электронная почта: Medi-Cal.Referral@carelon.com**

Услуги поведенческой терапии (ВНТ)/прикладного поведенческого анализа (АВА): Специализированные услуги для молодежи в возрасте до 21 года с установленным диагнозом расстройства аутистического спектра (РАС) или для тех, кому услуги ВНТ/АВА необходимы с медицинской точки зрения. **Приложите документацию или ведомость о ходе работ к назначению врача с просьбой об услугах АВА.

Факс: 877.321.1776 ИЛИ защищенная электронная почта ASGCare.Managers@carelon.com

Причина запроса (отметьте все подходящие варианты):

Симптомы:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> депрессия | <input type="checkbox"/> Перинатальная депрессия/тревога | <input type="checkbox"/> PTSD/травма |
| <input type="checkbox"/> Плохой уход за собой из-за проблем с психическим здоровьем | <input type="checkbox"/> Насилие/Агрессивное поведение | <input type="checkbox"/> Хроническая боль |
| <input type="checkbox"/> Психоз (слуховые/зрительные галлюцинации, делюзия) | <input type="checkbox"/> Психологическое тестирование | <input type="checkbox"/> Беспокойство |
| <input type="checkbox"/> Неблагоприятный детский опыт (ACE) | <input type="checkbox"/> Нейропсихологическое тестирование | |

Употребление веществ, пожалуйста, укажите: _____

Другие симптомы ВН: _____

Нарушения:

- Трудности/Невозможность завершить ADL Трудности в поддержании отношений Юридический CPS
 Трудности/Невозможность пойти на работу/в школу Другое: _____

Лекарства (перечислите ниже или отправьте список лекарств с помощью этой формы, **пожалуйста, укажите дозировку**):

Мотивация для услуг (отметьте все подходящие варианты)

- Участник (или опекун) был проинформирован о направлении в Carelon Behavioral Health
 Участник хочет получить услуги для себя (или иждивенца)

- Участник не уверен или испытывает неоднозначные чувства относительно услуг для себя (или иждивенца)
- Если применимо, участник выполнил PHQ-2/PHQ-9, оценка _____

Для участников в возрасте 12 лет и старше в определенных ситуациях в соответствии с законом о конфиденциальности AB1184 может потребоваться письменное согласие на передачу конфиденциальной информации кому-либо, включая родителей и опекунов. Если возможно, отправьте, пожалуйста, эту форму направления вместе с заполненным заявлением о предоставлении информации всем, кто может быть вовлечен в уход за участником.

Пересмотрено: 8/25/23