

**Carelon Behavioral/Plan de salud de San Francisco
Formulario de remisión del proveedor de atención primaria (PCP)**

Fecha de la remisión: _____ Nombre de miembro: _____ N.º de identificación de cliente (CIN) de Medi-Cal: _____

Fecha de nacimiento: _____ Nombre del padre/ de la madre/del tutor: _____ Idioma preferido: _____

Teléfonos: _____ (casa); _____ (celular del padre/ de la madre/del tutor); _____ (celular del miembro)

Dirección del miembro: _____

¿El menor de edad mayor de 12 años tiene capacidad de dar consentimiento para los servicios? Sí No Si no la tiene, explique _____

Mejor día y hora para comunicarse con el miembro: _____ Mejor día y hora para comunicarse con el padre/la madre/el tutor: _____

Clínica/agencia del proveedor de atención primaria (PCP): _____ Nombre del PCP: _____ N.º de teléfono del PCP: _____

Marque aquí para confirmar que se verificó la elegibilidad del miembro.

Solicitud del PCP (una solicitud por formulario de remisión)

Respaldo de la decisión del PCP: obtenga una conversación educativa sobre salud mental con un psiquiatra de Carelon relacionada con diagnósticos o medicamentos psiquiátricos. Comuníquese con la línea nacional de asesoría entre pares. **Horario de atención:** de 6:00 a. m. a 5:00 p. m., hora estándar del Pacífico, de lunes a viernes. **Llame al número de teléfono:** 877-241-5575

Remisión para servicios ambulatorios de salud del comportamiento: remita a los miembros para terapia o gestión de medicamentos a través de la red de proveedores de Carelon cuando sus necesidades estén fuera del alcance de la práctica del PCP. Carelon puede coordinar la atención de los miembros con los servicios de salud mental del condado. **Fax: 877.321.1787 O correo electrónico seguro: medi-cal.referral@carelon.com**

Servicios de tratamiento de salud del comportamiento (BHT) o análisis de comportamiento aplicado (ABA): servicios especializados para **jóvenes menores de 21 años** con diagnóstico establecido de trastorno del espectro autista (TEA).
** Incluir nota de progreso con diagnóstico de TEA y orden médica para solicitar servicios de ABA.

Fax: 877.321.1776 **O correo electrónico seguro:** ASGCare.Managers@carelon.com

Motivo de la solicitud (marque todo lo que corresponda):

Síntomas:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Depresión/ansiedad perinatal | <input type="checkbox"/> Trastorno de estrés postraumático (TEPT)/trauma |
| <input type="checkbox"/> Cuidado personal deficiente debido a la salud mental | <input type="checkbox"/> Violencia/comportamiento agresivo | <input type="checkbox"/> Maltrato/Servicios de Protección Infantil (CPS) |
| <input type="checkbox"/> Psicosis (alucinaciones auditivas/visuales o presenta delirios) | <input type="checkbox"/> Pruebas psicológicas | <input type="checkbox"/> Dolor crónico |
| <input type="checkbox"/> Experiencias adversas en la infancia (ACE) | <input type="checkbox"/> Pruebas neuropsicológicas | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Tipo de consumo de sustancias: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Otros síntomas de salud del comportamiento (BH): _____ | | |

Deficiencias:

- Dificultad para hacer actividades de la vida diaria (ADL)/no puede hacerlas Dificultades para mantener relaciones Legal/CPS
- Dificultad para ir al trabajo o a la escuela/no puede hacerlo Otro: _____
- Medicamentos (indique a continuación o envíe la lista de medicamentos con este formulario): _____

Motivación para los servicios (marque todo lo que corresponda)

- El miembro (o tutor) ha sido informado o remitido a Carelon
- El miembro desea servicios para sí mismo (o dependiente)
- El miembro no está seguro o es ambivalente acerca de los servicios para sí mismo (o dependiente)
- Si corresponde, el paciente ha respondido un cuestionario de salud del paciente (PHQ-2/PHQ-9), puntuación _____

Para miembros mayores de 12 años, en ciertas situaciones de conformidad con la ley de privacidad AB1184, se puede requerir una divulgación de información (ROI) por escrito para compartir información confidencial con cualquier persona, incluidos los padres y tutores. Si es posible, envíe este formulario de remisión junto con una constancia de divulgación de información para cualquier persona que pueda estar involucrada en la atención del miembro.

Importante: Al responder todas las secciones de este formulario, permite que Carelon Behavioral Health, Inc. divulgue información de atención médica a las personas que usted identifique hasta por un año. Puede permitir que Carelon Behavioral Health comparta información de atención médica con su familia, proveedores, representante legal o **cualquier persona** que usted desee que tenga acceso. Llene todas las secciones, ya que se pueden devolver formularios incompletos.

Nota: También es importante que su médico tenga acceso a su información médica para garantizar que reciba la mejor atención posible, incluida cualquier atención de seguimiento que pueda necesitar. Para permitir que Carelon Behavioral Health pueda enviar su información de atención médica a su médico, llene y firme este formulario. Solo enviaremos información relacionada con su atención.

Si su solicitud involucra información sobre el consumo de alcohol o sustancias, preste atención a las instrucciones especiales en las secciones correspondientes.

SECCIÓN 1: ¿DE QUIÉN ES LA INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA QUE SE VA A DIVULGAR?

Yo, **(nombre del miembro)** autorizo a Carelon Behavioral Health (o a cualquier subsidiaria de Carelon Behavioral Health que tenga mi información) a divulgar mi información de atención médica como se describe a continuación.

Información adicional de identificación del miembro N.º de identificación del miembro: - _____ Fecha de nacimiento: ____

Número de teléfono: _____ Nombre del plan de salud: ____

SECCIÓN 2: ¿QUIÉN VA A RECIBIR ESTA INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA?

Escriba el nombre de la persona, del proveedor o de la entidad que recibirán su información y los datos de contacto (si los conoce): _____

Número de teléfono de quien va a recibir su información: _____

¿Se puede incluir información de proveedores tratantes pasados, presentes o futuros?: Sí No

SECCIÓN 3: ¿POR QUÉ SE DEBERÍA DIVULGAR ESTA INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA?

Motivo ("porque yo lo solicité" es una respuesta aceptable): _____

Especifique, si es posible: Coordinación/gestión de atención Asistencia para reclamaciones Revisión de la calidad de la atención
 Otro (explique el motivo): _____

SECCIÓN 4: ¿QUÉ INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA SE PUEDE DIVULGAR?

AL ESCRIBIR SUS INICIALES en los ítems de la siguiente página, autoriza a Carelon Behavioral Health a divulgar tipos específicos de información a la parte identificada en la Sección 2 anterior:

_____ Información o registros de salud mental **(SE REQUIERE ESCRIBIR INICIALES)**

_____ Información o registros sobre consumo de alcohol o sustancias **(SE REQUIERE ESCRIBIR INICIALES)**

Opcional: Información sobre reclamaciones Autorizaciones Explicación de cartas de beneficios Información de denegaciones/apelaciones Notas clínicas

_____ Información o registros relacionados con el VIH/sida **(SE REQUIERE ESCRIBIR INICIALES)**

_____ Otra información de salud; especifique **(SE REQUIERE ESCRIBIR INICIALES)**: _____

_____ Instrucciones especiales, si las hay (puede especificar el proveedor, el rango de fechas, el tipo de servicio, etc.): _____

SECCIÓN 5: ¿CUÁNTO TIEMPO DEBERÍA DURAR ESTA AUTORIZACIÓN?

Esta autorización estará en vigor y efecto **por un año** o hasta que yo la revoque, en la forma descrita a continuación o hasta (**insertar fecha o evento de vencimiento**) _____ (lo que sea más corto).

SECCIÓN 6: ¿CUÁLES SON MIS DERECHOS?

- Tiene derecho a solicitar una copia de este formulario y a solicitar una copia de la información que se va a divulgar.
- No tiene que firmar esta autorización y su negativa no afectará sus beneficios, a menos que esta autorización sea necesaria para determinar sus beneficios.
- La información que se divulgue con el amparo de esta autorización puede correr el riesgo de que el destinatario la vuelva a divulgar y, si eso sucede, es posible que ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad.
- Tiene derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. ***Pero si revoca esta autorización, esto no afectará la divulgación de cualquier información que Carelon Behavioral Health ya haya enviado al destinatario.***
- Si autorizó la divulgación de información sobre el consumo de alcohol o sustancias a una organización de atención médica que no es su proveedor tratante, durante los próximos dos años tiene derecho a averiguar quién dentro de esa organización realmente vio su información. Debe comunicarse directamente con la organización para obtener esa información.

Tenga en cuenta que si ha autorizado la divulgación ÚNICAMENTE de registros de tratamiento por consumo de alcohol o sustancias, puede revocar esta autorización verbalmente. La revocación que involucre todos los demás tipos de registros de atención médica se debe hacer por escrito.

Firma del miembro o del representante legalmente autorizado del miembro*

Fecha

Nombre en letra de imprenta

*** NOTA: Si firma como representante legalmente autorizado de la persona, adjunte una copia de los documentos legales correspondientes que le otorguen la autoridad para hacerlo. Estos documentos pueden ser un poder notarial de atención médica, una orden judicial, documentos de tutela, etc. Un poder notarial financiero o comercial NO es suficiente.**

Llame al número de teléfono de servicios de salud del comportamiento, de salud mental o de consumo de sustancias que se encuentra en su tarjeta de identificación médica si tiene alguna pregunta o para conocer la dirección postal o el número de fax a donde debe enviar su solicitud.