Beacon Health Strategies
Primary Care Provider (PCP) Referral Form

Date: _____ **PCP Name**: _____ **Phone #**: _____

Member Name: _____ **Member ID #:** _____ **DOB:** _____

Language: _____ **Phone #'s:** _____ ; _____

PCP Request (one request per referral form)

☐**PCP Decision Support: Request a telephone consultation** with a Beacon psychiatrist to provide decision support related to member diagnostic and medication clarification or other clinical decision supports.
Include medication list and last 2 PCP Progress Notes for Psychiatrist review before phone consult with PCP. *Fax: **877.321.1787 OR secure email: medi-calreferral@beaconhs.com*

☐**Referral for Outpatient Behavioral Health Services:** Refer members for therapy or medication management via Beacon's network of providers when their needs are outside the PCP scope of practice. Beacon can coordinate member care with county mental health.
** For exchange of information *back to the PCP*, include signed member Consent to Release of Information. *Fax: **877.321.1787** OR secure email: medi-calreferral@beaconhs.com*

☐**Behavioral Health Treatment (BHT)/Applied Behavioral Analysis (ABA) Services:** Specialty services for youth under 21 years old.

Please check one of the following boxes.
☐ I am submitting a Diagnostic Evaluation Form (attached) indicating diagnosis, problem behaviors and recommendation for BHT/ABA.
☐ I am recommending a referral for Diagnostic Evaluation for possible ABA recommendations.

*Fax form to: **800.596.2712 OR** secure email: care.managers@beaconhealthoptions.com*

☐**Referral for Care Management:** Local behavioral health care coordination services to help link members to mental health providers, support their transition between levels of care, or engage members with history of non-compliance and link them to community support services.
** For exchange of information *back to the PCP*, include signed member Consent to Release of Information. *Fax: 855-371-8113 OR email: MC_SFHP@Beaconhs.com*

Request Reason (check all that apply):

☐Depression ☐Anxiety ☐Other BH Diagnosis: _____
☐Isolation
☐Trauma ☐Perinatal depression and/or anxiety ☐Poor self-care due to mental health
☐Violence/ Abuse ☐Cognitively Impaired (or cognitive impairment) ☐Auditory/Visual hallucinations
☐Substance use type: _____

☐Other BH symptoms: _____

Medical Diagnosis: _____

Medications (list below or send medication list with this form):

_____

_____

Other known barriers to member adherence to medical care: _____

_____

Motivation for Services (check all that apply):
☐Member (or guardian) has been informed of referral to Beacon Health Strategies
☐Member wants services for self (or dependent)
☐If applicable, Patient has completed a PHQ-2/PHQ-9. Score _____

Autorización para médico de salud conductual y atención primaria para compartir información confidencial

CONSENTIMIENTO DEL MIEMBRO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Yo,_____ (Nombre del miembro) otorgo mi permiso a _____ (Proveedor de salud conductual) y mi Médico de atención primaria _____ (Médico de atención primaria) para compartir información acerca de mi diagnóstico o tratamiento relacionado con el abuso de sustancias, salud mental o historia clínica; SIN incluir los resultados de un análisis de sangre en busca de anticuerpos al virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Comprendo que la finalidad de compartir información es ayudarme a recibir mejor atención.

Este formulario de consentimiento tiene una validez de 90 días a partir de la fecha en que se firma y puedo optar por cancelarlo en cualquier momento.

Miembro/Tutor/Representante autorizado_____ Fecha:_____

Testigo_____ Fecha:_____

RECHAZO DEL MIEMBRO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Yo,_____ (Nombre del miembro) NO otorgo mi permiso a _____ (Proveedor de salud conductual) y mi Médico de atención primaria _____(Médico de atención primaria) para compartir información acerca de mi diagnóstico o tratamiento relacionado con el abuso de sustancias, salud mental o historia clínica; incluidos los resultados de un análisis de sangre en busca de anticuerpos al virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Comprendo que la finalidad de compartir información es ayudarme a recibir mejor atención. Comprendo también que mi rechazo a compartir información no afecta mi cobertura de seguro.

Miembro/Tutor/Representante autorizado_____ Fecha:_____

Testigo_____ Fecha:_____

Este formulario de consentimiento tiene una validez de 90 días a partir de la fecha en que se firma y puedo optar por cancelarlo en cualquier momento.