

Petsa ng Referral: _____ Pangalan ng Miyembro: _____ Numero ng ID ng CIN sa Medi-Cal: _____

Petsa ng Kapanganakan: _____ Pangalan ng Magulang/Tagapag-alaga: _____ Mas Gustong Wika: _____

Telepono: _____ (sa bahay); _____ (cellphone ng magulang/tagapag-alaga); _____ (cellphone ng miyembro)

Address ng miyembro: _____

Ang menor de edad ba na nasa 12 taong gulang at mas matanda pa ay may kapasidad na magbigay ng pahintulot sa mga serbisyo? Oo Wala
Kung wala, pakipaliwanag _____

Pinakamagandang araw/oras para makontak ang miyembro: _____ Pinakamagandang araw at oras para makontak ang magulang/tagapag-alaga: _____

Klinika/Ahensiya ng PCP: _____ Pangalan ng PCP: _____ Numero ng Telepono ng PCP: _____

Para makatanggap ng pagkumpirma sa kinalabasan ng referral na ito, mangyaring lagyan ng check ang kahon sa ibaba na nagsasabi ng mas gustong paraan at mga detalye sa pakikipag-ugnayan:

Email address: _____ Numero ng Fax: _____

Pakitingnan para makumpirma kung napatunayan ang pagiging kwalipikado ng miyembro

Kahilingan ng PCP (isang kahilingan sa bawat referral form)

Suporta sa Desisyon ng PCP: Para makakuha ng edukasyonal na pag-uusap sa kalusugan ng isip kasama ng isang psychiatrist ng Carelon Behavioral Health na may kaugnayan sa mga diyagnosis/gamot para sa sakit sa isip. Makipag-ugnayan sa linya ng National Peer Advisor: **Mga Oras ng Opisina:** 6am-5pm PST Lunes – Biyernes **Mangyaring tumawag sa numero ng telepono:** 877-241-5575

Referral para sa Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali para sa Outpatient: I-refer ang mga miyembro para sa therapy o pamamahala ng gamot sa pamamagitan ng network ng mga provider ng Carelon Behavioral Health kapag ang kanilang mga pangangailangan ay hindi sakop ng pagsasanay ng PCP. Maaaring i-coordinate ng Carelon Behavioral Health ang pangangalaga ng miyembro sa kalusugan para sa isip ng county. Fax: **877.321.1787** O secure na email: Medi-Cal.Referral@carelon.com

Mga Serbisyo sa Paggamot sa Kalusugan ng Pag-uugali (BHT)/Applied Behavioral Analysis (ABA): Mga serbisyo na kailangan ng espesyalidad para sa mga kabataang wala pang 21 taong gulang na may itinatag na diyagnosis ng Autism Spectrum Disorder (ASD) o kung kanino kinakailangan ang mga serbisyo ng BHT/ABA. **Isama ang dokumentasyon o tala sa pag-usad kasama ng utos ng doktor na humihiling ng mga serbisyo ng ABA.

Fax: **877.321.1776** O secure na email ASGCare.Managers@carelon.com

Dahilan ng Kahilingan (lagyan ng check ang lahat ng naaangkop):

Mga Sintomas:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Depression/anxiety sa pagbubuntis | <input type="checkbox"/> PTSD/Trauma |
| <input type="checkbox"/> Hindi magandang pangangalaga sa sarili dahil sa kalusugan ng isip | <input type="checkbox"/> Karahasan/Agresibong pag-uugali | <input type="checkbox"/> Hindi Gumagaling na Sakit |
| <input type="checkbox"/> Psychosis (mga hallucination sa naririnig/nakikita, mga delusion) | <input type="checkbox"/> Pagsusuri ng isip | <input type="checkbox"/> Anxiety |
| <input type="checkbox"/> Mga Hindi Magandang Karanasan sa Pagkabata (mga ACE) | <input type="checkbox"/> Neuropsychological na pagsusuri | |
- Paggamit ng droga o labis na pag-inom ng alak, mangyaring tukuyin:
 Iba pang sintomas ng BH:

Mga Kapansanan:

- Mga kahirapan/Hindi makumpleto ang mga ADL Nahihirapang magpanatili ng mga relasyon Legal CPS
 Mga kahirapan/Hindi makapasok sa trabaho/paaralan Iba pa: _____

Mga gamot (ilista sa ibaba o ipadala ang listahan ng gamot kasama ang form na ito, **mangyaring isama ang dosis**):

Motivation para sa mga Serbisyo (lagyan ng check ang lahat ng naaangkop)

- Ang miyembro (o tagapag-alaga) ay nasabihan tungkol sa referral sa Carelon Behavioral Health
 Gusto ng miyembro ng mga serbisyo para sa sarili (o dependent)
 Ang miyembro ay hindi sigurado o hindi tiyak tungkol sa mga serbisyo para sa sarili (o dependent)
 Kung naaangkop, nakakumpleto ang Miyembro ng PHQ-2/PHQ-9, Score _____

Para sa mga miyembrong 12 taong gulang at mas matanda pa, sa ilang partikular na sitwasyon sa ilalim ng batas sa privacy AB1184, maaaring kailanganin ng nakasulat na ROI para magbahagi ng sensitibong impormasyon sa sinuman kabilang ang mga magulang at tagapag-alaga. Kung maaari, mangyaring ipadala ang form ng referral na ito kasama ng nakumpletong paglalabas ng impormasyon para sa sinumang maaaring kabilang sa pangangalaga ng miyembro.