

Ngày giới thiệu: \_\_\_\_\_ Tên thành viên: \_\_\_\_\_ Số ID CIN của Medi-Cal: \_\_\_\_\_

Ngày sinh: \_\_\_\_\_ Tên phụ huynh/người giám hộ: \_\_\_\_\_ Ngôn ngữ ưu tiên: \_\_\_\_\_

Điện thoại: \_\_\_\_\_ (nhà); \_\_\_\_\_ (di động của phụ huynh/người giám hộ); \_\_\_\_\_ (di động của thành viên)

Địa chỉ thành viên: \_\_\_\_\_

Trẻ em từ 12 tuổi trở lên có đủ năng lực để đồng ý sử dụng dịch vụ không?  Có  Không Nếu không, vui lòng giải thích \_\_\_\_\_

Ngày/giờ tốt nhất để liên lạc với thành viên: \_\_\_\_\_ Ngày và giờ tốt nhất để liên lạc với phụ huynh/người giám hộ: \_\_\_\_\_

Phòng khám/Cơ quan của PCP: \_\_\_\_\_ Tên của PCP: \_\_\_\_\_ Số điện thoại của PCP: \_\_\_\_\_

**Để nhận được xác nhận về kết quả giới thiệu này, vui lòng đánh dấu vào ô bên dưới ghi chú phương thức ưu tiên và thông tin liên lạc:**

Địa chỉ email: \_\_\_\_\_  Số fax: \_\_\_\_\_

**Vui lòng kiểm tra** để xác nhận điều kiện hội đủ tư cách thành viên đã được xác minh

### **Yêu cầu PCP (một yêu cầu cho mỗi mẫu đơn giới thiệu)**

**Hỗ trợ quyết định của PCP:** Để tham gia cuộc trò chuyện giáo dục về sức khỏe tâm thần với bác sĩ tâm thần của Carelon Behavioral Health liên quan đến chẩn đoán/thuốc điều trị tâm thần. Liên lạc với đường dây cố vấn đồng đẳng quốc gia: **Giờ hành chính: 6 giờ sáng-5 giờ chiều múi giờ PST từ Thứ Hai – Thứ sáu *Vui lòng gọi số điện thoại: 877-241-5575***

**Giới thiệu Dịch vụ Sức khỏe Hành vi Ngoại trú:** Giới thiệu thành viên đến mạng lưới nhà cung cấp của Carelon Behavioral Health để được điều trị hoặc quản lý thuốc khi họ có nhu cầu nằm ngoài phạm vi hành nghề của PCP. Carelon Behavioral Health có thể phối hợp việc chăm sóc thành viên với chương trình sức khỏe tâm thần của quận. Fax: **877.321.1787 HOẶC email an toàn: [Medi-Cal.Referral@carelon.com](mailto:Medi-Cal.Referral@carelon.com)**

**Dịch vụ Điều trị sức khỏe hành vi (BHT)/Phân tích hành vi ứng dụng (ABA):** Dịch vụ chuyên khoa dành cho thanh thiếu niên dưới 21 tuổi được chẩn đoán mắc Rối loạn phổ tự kỷ (ASD) hoặc những người cần dịch vụ BHT/ABA về mặt y khoa. **\*\*Bao gồm tài liệu hoặc ghi chú tiến trình với đơn đặt hàng của bác sĩ yêu cầu dịch vụ ABA.**  
Fax: **877.321.1776 HOẶC email an toàn [ASGCare.Managers@carelon.com](mailto:ASGCare.Managers@carelon.com)**

### **Lý do yêu cầu** (chọn tất cả những mục phù hợp):

#### Triệu chứng:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trầm cảm  | <input type="checkbox"/> Trầm cảm/lo âu sau sinh   | <input type="checkbox"/> PTSD/Chấn thương tâm lý |
| <input type="checkbox"/> Tự chăm sóc kém do sức khỏe tâm thần                  | <input type="checkbox"/> Bạo lực/Hành vi hung hăng | <input type="checkbox"/> Đau mạn tính            |
| <input type="checkbox"/> Bệnh tâm thần (ảo giác thính giác/thị giác, ảo tưởng) | <input type="checkbox"/> Kiểm tra tâm lý           | <input type="checkbox"/> Lo lắng                 |
| <input type="checkbox"/> Kiểm tra thần kinh tâm lý                             |  |  |
- Trải nghiệm bất lợi thời thơ ấu (ACE)  
 Sử dụng chất gây nghiện, vui lòng nêu rõ: \_\_\_\_\_  
 Các triệu chứng sức khỏe hành vi khác: \_\_\_\_\_

#### Suy yếu:

- Khó khăn/Không thể hoàn thành ADL  Khó khăn trong việc duy trì mối quan hệ  Hợp pháp  CPS  
 Khó khăn/Không thể đi làm/đi học  Khác: \_\_\_\_\_

**Thuốc** (liệt kê bên dưới hoặc gửi danh sách thuốc kèm theo mẫu đơn này, **vui lòng bao gồm liều dùng**):  
\_\_\_\_\_

### **Động lực sử dụng dịch vụ** (chọn tất cả những gì phù hợp)

- Thành viên (hoặc người giám hộ) đã được thông báo về việc giới thiệu đến Carelon Behavioral Health  
 Thành viên muốn sử dụng dịch vụ cho bản thân (hoặc người phụ thuộc)  
 Thành viên không chắc chắn hoặc mơ hồ về các dịch vụ sử dụng cho bản thân (hoặc người phụ thuộc)  
 Nếu có, Thành viên đã hoàn thành PHQ-2/PHQ-9, Điểm \_\_\_\_\_

**Đối với các thành viên từ 12 tuổi trở lên, trong một số trường hợp theo luật về quyền riêng tư AB1184, có thể cần phải có ROI bằng văn bản để chia sẻ thông tin nhạy cảm với bất kỳ ai, bao gồm cả phụ huynh và người giám hộ. Nếu có thể, vui lòng gửi mẫu đơn giới thiệu này cùng với bản công bố thông tin đã hoàn thành cho bất kỳ ai có thể tham gia chăm sóc thành viên đó.**