

FORMULARIO DE REMISIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE CUIDADOS DE COLORADO ACCESS

INFORMACIÓN DE LA AGENCIA/ORGANIZACIÓN QUE REFIERE/PERSONA QUE REFIERE:

Nombre de la agencia/organización:	
Nombre de la persona que refiere:	Número de teléfono:
Dirección de correo electrónico:	Relación con el miembro:
¿Le gustaría que el personal de administración de la atención hiciera un seguimiento con las actualizaciones del caso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO:

Nombre del miembro:	Identificación del estado (State ID):
Fecha de nacimiento del miembro:	Número de teléfono del miembro:
Nombre del tutor/padre/cuidador (si corresponde):	
Número de teléfono del tutor/padre/cuidador (si es diferente al del miembro):	
Custodia, tutela, poder notarial/poder notarial médico (POA/MPOA): <input type="checkbox"/> Sí (Si la respuesta es sí, adjuntar la documentación de custodia a la remisión) <input type="checkbox"/> No	

INFORMACIÓN DE REMISIÓN/NECESIDADES DEL MIEMBRO (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA):

<input type="checkbox"/> Asistencia para localizar un nuevo proveedor de atención primaria (PCP)	<input type="checkbox"/> Asistencia para localizar especialista; Si la respuesta es SI, escriba el tipo:	<input type="checkbox"/> Necesidades médicas complejas
<input type="checkbox"/> Múltiples condiciones crónicas	<input type="checkbox"/> Determinantes sociales (alimentación, vivienda, transporte, etc.)	<input type="checkbox"/> Necesidades de salud de comportamiento (trastorno por uso de sustancias (SUD), terapia de comportamiento ambulatoria, otros problemas de salud de comportamiento)
<input type="checkbox"/> Transiciones de atención (desde hospitalización u otra transición de atención)	<input type="checkbox"/> Asistencia con la navegación del sistema	<input type="checkbox"/> Inquietudes sobre medicamentos/ plan de tratamiento
<input type="checkbox"/> Detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT)	<input type="checkbox"/> Apoyo durante el embarazo postparto	<input type="checkbox"/> Otras (por favor liste):

Para servir mejor al miembro, proporcione una breve descripción del caso, las necesidades del miembro, lo que ya se ha hecho y cualquier otra información importante:

Envíenos su referencia, así como cualquier documento de respaldo importante (como el formulario de autorización para divulgar PHI, el papeleo de tutela, el papeleo de POA, el papeleo de MDPOA y/o el papeleo de custodia) a: resource&referral@coaccess.com.

**El formulario de autorización para divulgar PHI se puede encontrar en nuestro sitio web en coaccess.com/providers/forms.