

Fecha: _____

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Nombre del miembro:		Fecha de nacimiento:
Número de identificación (ID) del miembro:		Número de teléfono:
Idioma preferido:	Método de contacto preferido (opcional; seleccione todas las que correspondan): <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> Correo postal	
¿Conoce el miembro esta referencia médica (opcional): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Nombre del padre/tutor legal (si corresponde):

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

Nombre del proveedor:	Número de ID del proveedor:
Papel en el equipo de atención del miembro: <input type="checkbox"/> Proveedor de atención primaria (PCP) <input type="checkbox"/> Especialista	Nombre de contacto de la oficina:
Número de teléfono:	Correo electrónico/fax:
Mejor momento para devolver la llamada:	Preferencia de seguimiento: <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Llamada <input type="checkbox"/> Correo electrónico

Marque la necesidad o intervención identificada:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Asistencia para ubicar un proveedor especializado, p.ej., salud física, salud conductual, trauma específico <input type="checkbox"/> Asistencia con equipo médico duradero (DME), p.ej., silla de ruedas <input type="checkbox"/> Asistencia con servicios de traducción y materiales en idiomas preferidos <input type="checkbox"/> Referencia médica del programa de maternidad de Bright Start®
Fecha estimada de entrega: _____ <input type="checkbox"/> Referencia médica a Administración de atención <input type="checkbox"/> Recursos para cuidadores <input type="checkbox"/> Instrucción y educación sobre condiciones de salud <input type="checkbox"/> Recursos de seguimiento de crisis (reciente intento de suicidio o duelo después de una muerte por suicidio) <input type="checkbox"/> Educación sobre el uso alternativo y adecuado de la atención de urgencia y los servicios de emergencia <input type="checkbox"/> Educación sobre los beneficios y recursos del plan <input type="checkbox"/> Uso frecuente de la sala de emergencias <input type="checkbox"/> Brecha de atención identificadas <input type="checkbox"/> Necesita un proveedor dental <input type="checkbox"/> Varias citas perdidas o atención de seguimiento <input type="checkbox"/> Incumplimiento del plan de tratamiento <input type="checkbox"/> Consulta de farmacia sobre sustancias controladas | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Asistencia con la programación y el transporte (p.ej., alta reciente o citas) <input type="checkbox"/> Exposición reciente a traumas o eventos estresantes de la vida (p.ej., desastre natural, acoso, violencia, pérdida del trabajo o muerte en el sistema de apoyo) <input type="checkbox"/> Riesgo de incumplimiento del medicamento recetado <input type="checkbox"/> Evaluación de servicios de salud mental o abuso de sustancias controladas <input type="checkbox"/> Tratamiento para dejar de fumar <input type="checkbox"/> Control del peso Asistencia en la identificación de recursos para los siguientes determinantes sociales de la salud (SDOH): <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Educación y empleo <input type="checkbox"/> Alimentación y nutrición <input type="checkbox"/> Financiero (presupuesto/servicios públicos) <input type="checkbox"/> Recursos de vivienda <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Registros vitales <input type="checkbox"/> Instrucción y apoyo educativo para el plan de tratamiento <input type="checkbox"/> Comentarios adicionales: |
|---|--|

Envíe este formulario por fax al Equipo de Alcance y Respuesta Rápida al 1-866-426-7309.

Para obtener orientación sobre cómo completar este formulario o solicitar información sobre un envío, llame 1-888-643-0005.

Solo para uso interno:

Nota: el Equipo de Alcance y Respuesta Rápida hará un seguimiento con el personal de la oficina del proveedor después de comunicarse con el miembro para informar las intervenciones.