

Formulario Para Coordinación del Cuidado

Sección 1. Información de Contacto de la Familia

Nombre del Paciente: _____ Alias _____ El paciente es (marque uno) hijo(a) madre

Nombre de Padres / Tutor (si el paciente es menor de 18 años) _____ Alias _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____ Condado: _____

Fecha de Nac. del Paciente: ____/____/____ Genero del Paciente: M F Raza: _____

Tipo de Cobertura de Seguro: Medicaid Seguro Privado Núm. Tarjeta Médica _____

Nombre del Proveedor de Atención Médica Anterior: _____

Idioma Principal: _____ Teléfono del Hogar: ____/____-____ Otro Teléfono: ____/____-____

Persona de Contacto Alterna o en Caso de Emergencia: _____ Teléfono: ____/____-____

Sección 2. Razón(es) para el Contacto

Razón(es) para el contacto (Por favor marque todo lo que corresponda):

Se le ha asignado al Familiar / Paciente una persona que visita el hogar (vea **Sección 3. Información de Contacto Fuente de Referencia**)

Condición médica asumida o diagnóstico médico previo (por ejemplo, espina bífida, síndrome de Down):

Preocupación basada en la evaluación del objetivo usando:

- 4P's Plus
- Instrumento para Evaluación del Parentesco
- Evaluación Edinburgh
- Evaluación ASQ-3
- Evaluación ASQ-SE
- Otro, especifique _____

Otra Área(s) de Preocupación / Inquietud (por favor marque todo lo que aplica):

Motora / Física Cognitiva Socia / Emocional Habla / Lenguaje Lenguaje / Comunicación Conducta Visión

Audición Destrezas de Adaptación / Auto-Ayuda Salud Mental Materna Evaluación Relacional Uso de Substancias

Comentarios

Se hizo una remisión o referencia a _____ (nombre de la fuente de remisión) en _____ (fecha que se hizo la referencia)

Petición de información médica del paciente (por favor especifique el tipo de información) _____

La familia está consciente de la(s) razón(es) para contactar al Proveedor de Atención Primaria

Sección 3. Información de Contacto de la Fuente de Remisión o Referencia

Fecha que se Presentó: ____/____/____

Nombre de la Fuente de Referencia: _____ Nombre de la Agencia de Fuente de Referencia: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Teléfono de Contacto Fuente de Referencia: ____/____-____ Correo Electrónico Fuente de Referencia _____

Teléfono de la Oficina Agencia de Referencia: ____/____-____ Fax de la Oficina: ____/____-____

Persona de Contacto o Alternativo en la Fuente de Referencia: _____

Sección 4: Información de Contacto Para Proveedores de Atención Primaria

Nombre del Proveedor de Atención Primaria del Paciente: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Teléfono de la Oficina: ____/____-____ Fax de la Oficina: ____/____-____ Correo Electrónico: _____

Persona de Contacto en la Oficina del Proveedor de Atención Primaria: _____

Sección 5: Autorización Para Divulgar Información

a. Compartir información con el Proveedor de Atención Primaria. El propósito de esta divulgación es compartir información sobre _____ (escriba nombre del paciente) con un proveedor de atención primaria del paciente. Yo, _____ (escriba nombre del padre / madre / tutor si el paciente es menor de 18 años), doy mi permiso para que el contacto de la fuente de referencia, _____ (escriba nombre del contacto de fuente de referencia), comparta información pertinente acerca de _____ (nombre del paciente), con respecto a la razón(es) especificada(s) para el contacto bajo la **Sección 2. Razón(es) para el Contacto** de este formulario, con el proveedor de atención primaria _____ (nombre del proveedor de atención primaria). Yo entiendo que puedo retirar este consentimiento, mediante petición escrita a mi proveedor de atención primaria, salvo en la medida en que ya se haya actuado.

b. Compartir Información con Fuente de Referencia. El propósito de esta revelación es dar a conocer la información del proveedor de atención primaria de _____ (nombre del paciente), incluyendo nombre, fecha de nacimiento, referencias pertinentes que se hicieron e información médica relevante pedida por la fuente de remisión bajo la **Sección 2. Razón(es) para el Contacto**, a la fuente de remisión o referencia del contacto. Yo entiendo que puedo retirar este consentimiento, mediante petición escrita a mi proveedor de atención primaria de salud, salvo en la medida en que ya se haya actuado.

Esta autorización permite a la Fuente de Remisión o Referencia compartir información pertinente con el proveedor asignado de atención primaria (médico) y de los médicos que tratan al paciente dentro del grupo, para la coordinación de la atención. La Coordinación de Atención permite que la Fuente de Referencia reciba información médica relevante (como se especifica en la Sección 2. Razón(es) para el Contacto de este formulario) relativa al paciente llamada del proveedor de atención primaria asignado (médico) y de los médicos que tratan al paciente en el grupo

Yo certifico que esta autorización para divulgar información ha sido proporcionada libremente y voluntariamente. La siguiente Información recopilada no se puede divulgar a menos que la persona que accedió a esta comunicación específicamente otorga su consentimiento a dicha nueva divulgación y la nueva divulgación es permitida por la ley. Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar y copiar la información que se revelará.

Firma del Paciente o Padre / Madre/ tutor (si el paciente es menor de 18 años) * _____ Fecha: ____/____/____

* El consentimiento es válido por un período de 12 meses desde la fecha de la firma del paciente o padre /madre/ tutor en esta revelación.