

Formulario de Solicitud de Continuidad de Cuidados

Vea las instrucciones de cómo llenar este formulario en la siguiente página. Use un formulario separado para cada enfermedad/afección. Se aceptan fotocopias. Adjunte información adicional si es necesario.

Nombre del Fondo			
Nombre del miembro		No. de identificación del miembro	
Dirección: Calle	Ciudad	Estado	C.P.
Tel. del trabajo	Tel. particular	Tel. móvil	
Nombre del paciente	Fec. Nac. del paciente (mm/dd/aaaa)	Parentesco con el miembro: Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Miembro <input type="checkbox"/>	
Proveedor que saldrá de la red del miembro		Tipo/especialidad del proveedor	
Dirección del proveedor: Calle	Ciudad	Estado	C.P.
Tel. del proveedor		Fecha en que termina el proveedor (mm/dd/aaaa)	

1. ¿Esta embarazada la paciente? Sí No

Si es así: Fecha de parto _____ (mm/dd/aaaa)

¿El embarazo se considera de alto riesgo? Sí No

Favor de describir: _____.

2. ¿El/la paciente esta actualmente recibiendo tratamiento por una afección o un traumatismo grave? Sí No

3. ¿El/la paciente tiene actualmente programada una cirugía u hospitalización con el proveedor que saldrá de la red después de la fecha prevista para salir de la red? Sí No

4. ¿El/la paciente está recibiendo un curso de quimioterapia, radioterapia, tratamiento contra el cáncer, o cuidados de etapa final con el proveedor que saldrá de la red? Sí No

5. ¿El/la paciente esta actualmente recibiendo tratamiento o cuidados posteriores a una cirugía mayor reciente? Sí No

6. ¿El/la paciente esta actualmente recibiendo tratamiento de diálisis? Sí No

7. ¿El/la paciente es candidato(a) para un trasplante? Sí No

8. Si no contestó "Sí" en ninguna de las preguntas anteriores, por favor describa la afección por la que el/la paciente solicita la Continuidad de Cuidados: _____

9. Por favor anote cualquier otra necesidad de cuidados continuos que podría habilitar a el/la paciente para que sea considerado(a) para la Continuidad de Cuidados con el proveedor que saldrá de la red: _____

He repasado la información anterior y doy fe de su validez según mi leal saber y entender.

Mi firma a continuación autoriza al medico (u otro profesional de medicina) antes mencionado a divulgar los archivos médicos que corresponden para completar esta evaluación.

Firma de el/la paciente, padre o madre, o tutor

Fecha (mm/dd/aaaa)

Entregue la solicitud de Continuidad de Cuidados a la dirección para Correspondencia de los Miembros que aparece al reverso de su tarjeta de identificación

Instrucciones para llenar el Formulario de Continuidad de Cuidados

¿Cómo lleno el formulario?

- Asegúrese de **llenar un Formulario de Continuidad de Cuidados separado para cada enfermedad/afección.**
- Asegúrese de **contestar todas las preguntas completamente.**
- El/la paciente que recibirá la Continuidad de Cuidados debe firmar el formulario. Si el/la paciente es menor de edad, se requerirá la firma de un tutor.
- Para ayudar a que se evalúe a tiempo su petición, **por favor entregue el formulario lo antes posible.**
- Debe solicitar la Continuidad de Cuidados dentro de los **30 días** después de la fecha de esta notificación.
- Las primeras secciones del formulario se relacionan al **miembro.** Cuando el formulario pida el nombre de el/la paciente, ponga el nombre de la persona que este recibiendo los cuidados médicos y esta solicitando la Continuidad de Cuidados.
- **Para la 8ª pregunta:**
 - Por favor ponga la enfermedad/afección que padece, cuando comenzó, y la frecuencia con la que ve a este proveedor de atención médica para recibir cuidados relacionados a esta enfermedad/afección.
 - Por favor sea lo más específico posible.
 - Por favor incluya información sobre el plan de tratamiento actual o propuesto y el tiempo que se espera que continúe el tratamiento.
 - Si está programada una cirugía necesaria, declare la fecha y el tipo de cirugía propuesta.

¿Se me dará notificación del estado de mi solicitud de Continuidad de Cuidados?

- Sí, se le notificará si su solicitud fue aprobada, denegada, o está bajo evaluación médica.

¿Qué pasa si se aprueba mi solicitud de Continuidad de Cuidados?

- La Continuidad de Cuidados se aplica únicamente al tratamiento de la(s) enfermedad(es) o afección(es) especificada(s) en el formulario de solicitud. Toda otra enfermedad/afección debe ser atendida por un proveedor de atención médica dentro de la red para que usted reciba cobertura dentro de la red.
- Si su plan incluye cobertura fuera de la red y usted elige continuar sus cuidados fuera de la red más allá del periodo de aprobación de la Continuidad de Cuidados, estará sujeto a las disposiciones que se aplican a proveedores fuera de la red sobre gastos de su bolsillo, pre certificación, y demás disposiciones aplicables que la Descripción Resumida del Plan (SPD, por sus siglas en inglés) especifica sobre su cobertura.
- La aprobación de la Continuidad de Cuidados no garantiza que un tratamiento sea médicamente necesario ni exime los requisitos de pre certificación para recibir los servicios. Los servicios que usted reciba bajo la Continuidad de Cuidados aun deben cumplir con los requisitos de necesidad médica y autorización previa de su plan que están listados en su SPD.

Entregue la solicitud de Continuidad de Cuidados a la dirección para Correspondencia de los Miembros que aparece al reverso de su tarjeta de identificación