Formulario de derivación para la gestión de la atención

Por favor, envíe el formulario completo por fax al 1-800-520-6564 o por correo electrónico a: mscaremanagement@telligen.com

Fecha de la derivación: _____

Fuente de la derivación: _____

Datos de contacto de la fuente de la derivación:

Correo electrónico: _____

Teléfono: _____

Datos del cliente

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sexo: _____ Idioma principal: _____

Dirección postal: _____

Teléfono: _____

Número de Medicaid: _____

Diagnóstico principal: _____ Diagnósticos secundarios: _____

Motivo de la derivación

Beneficiaries with one or more of the diagnoses listed:

- ☐ Hepatitis
- ☐ Hemofilia
- ☐ Virus de la inmunodeficiencia humana/Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA)
- ☐ Beneficiarios inscritos en la fecha del parto y durante el período de cobertura posparto
- ☐ Beneficiarios inscritos en la categoría de elegibilidad «Katie Beckett»
- ☐ Beneficiarios en su primer año de vida cuyo estado médico los sitúa en alto riesgo de mortalidad y/o morbilidad
- ☐ Beneficiarias embarazadas que presentan un alto riesgo de resultados adversos

Detalles adicionales relacionados con el motivo de la derivación:

_____

_____