



FORMULARIO DE REMISIÓN A COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN (CM, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

FECHA DE REFERENCIA: _____

INFORMACIÓN ACERCA DEL MIEMBRO

Apellido: _____ Nombre: _____

CIN: _____ Fecha de nacimiento: _____ Ciudad: _____

Teléfono: Celular _____ Casa _____ Trabajo _____ Otro _____

Idioma de preferencia: _____

¿Ha sido informado el paciente o cuidador primario que se iba a presentar una Remisión a CM?

☐ Sí ☐ No

INFORMACIÓN ACERCA DE LA FUENTE DE LA REFERENCIA

Persona que hace la referencia: _____

Información de contacto: _____

Agencia / Organización que hace la referencia: _____

INFORMACIÓN ACERCA DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA PRIMARIA (PCP)

Nombre del PCP: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

MOTIVO DE LA REFERENCIA

¿Qué le preocupa?

Resultado u objetivo
deseado:

Otras condiciones o
circunstancias que influyen
en la atención:

POR FAVOR, ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETADO POR CORREO ELECTRÓNICO A CareManagement@goldchp.org
O POR FAX AL 1-855-883-1552.



CÓMO PRESENTAR UNA REMISIÓN A COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN

Por favor, envíe este formulario de remisión por correo electrónico o fax, junto cualquier información clínica adicional que pueda ayudar al coordinador de la atención a brindar servicios a su paciente.

**POR FAVOR, ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETADO POR CORREO ELECTRÓNICO A CareManagement@goldchp.org
O POR FAX AL 1-855-883-1552.**

INFORMACIÓN GENERAL ACERCA DE COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN

Gold Coast Health Plan (GCHP) ofrece a sus miembros servicios de Coordinación de la Atención por parte de enfermeras registradas (RN, por sus siglas en inglés) y trabajadores sociales acreditados clínicamente (LCSW).

Algunos ejemplos de miembros que pueden beneficiarse de la Coordinación de la Atención de GCHP son los que:

- Tienen un historial complejo y necesidades de atención complejas.
- Tienen comorbilidades múltiples.
- Se les han prescrito más de 15 medicamentos.
- No pueden navegar por el sistema de salud.
- No comprenden los beneficios de GCHP.
- Necesitan estar conectados con recursos de la comunidad.
- Tienen barreras al acceso a la atención.
- Viven en condiciones inseguras.
- No tienen un sistema de apoyo/cuidadores o viven solos.
- No pueden realizar las Actividades de la Vida Diaria (por sus siglas en inglés, (ADL) y/o las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (IADL) de forma segura, con o sin ayuda.
- Han sido ingresados tres o más veces en un hospital durante los últimos seis meses.
- Es posible que tengan que volver a ingresar en un hospital en el plazo de 30 días.
- Han ido más de tres veces a la sala de emergencias durante los últimos seis meses.
- Muestran depresión, ansiedad, o tienen una comorbilidad psicológica.
- Actualmente tienen equipo médico duradero (por sus siglas en inglés, DME) o dispositivos de asistencia que no son apropiados.
- Pueden necesitar un trasplante de órgano.
- Pueden necesitar coordinación de atención y apoyo para cuestiones relacionadas con el fin de la vida.
- Son niños que no reúnen los requisitos para cobertura del programa de Servicios para los Niños de California (por sus siglas en inglés, CCS), pero sí reúnen alguno de los requisitos anteriores.
- Son miembros de obstetricia de alto riesgo hasta 35 semanas o menos.
- Tienen casos que no cumplen ninguno de los criterios anteriores, pero son de tal intensidad que exigen coordinación y vigilancia de la atención médica.