



## HEALTH EDUCATION REFERRAL FORM

Please send via efax to 805-248-7481 or email to [HealthEducation@goldchp.org](mailto:HealthEducation@goldchp.org)

### MEMBER INFORMATION

|                      |                        |      |               |     |
|----------------------|------------------------|------|---------------|-----|
| Member Last Name     | First Name             | MI   | Date of Birth |     |
| Member ID Number     | Address                | City | State         | Zip |
| Primary Phone Number | Secondary Phone Number |      |               |     |

### REFERRAL INFORMATION

|                                     |              |            |
|-------------------------------------|--------------|------------|
| Name of Treating Physician          | Phone Number | Fax Number |
| Name of Primary Care Provider (PCP) | Phone Number | Fax Number |

### REASON(S) FOR REFERRAL TO GOLD COAST HEALTH PLAN HEALTH EDUCATOR

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes                        | <input type="checkbox"/> Psychosocial factors presenting barriers to care |
| <input type="checkbox"/> Asthma                          | <input type="checkbox"/> Depression                                       |
| <input type="checkbox"/> Morbid Obesity Adult (18+)      | <input type="checkbox"/> Health Navigator Program                         |
| <input type="checkbox"/> Morbid Obesity (Age 0-17)       | <input type="checkbox"/> Other _____                                      |
| <input type="checkbox"/> High Risk Obstetrics (Prenatal) |   |

### CLINICAL INFORMATION (To be completed by treating physician or office staff)

|  |              |      |
|--|--------------|------|
| Name and Title of Person Completing Form | Phone Number | Date |
|--|--------------|------|

### Statement of Nondiscrimination and Language Assistance

Gold Coast Health Plan complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Gold Coast Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Gold Coast Health Plan 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-301-1228 (TTY: 1-888-310-7347).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-301-1228 (TTY: 1-888-310-7347).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-301-1228 (TTY: 1-888-310-7347)。



## FORMULARIO DE REMISIÓN DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Favor de enviar por efax al 805-248-7481 o por correo electrónico a [HealthEducation@goldchp.org](mailto:HealthEducation@goldchp.org)

### INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

|                                     |                              |                            |                     |               |
|-------------------------------------|------------------------------|----------------------------|---------------------|---------------|
| Apellido del Miembro                | Nombre(s)                    | Inicial del Segundo Nombre | Fecha de Nacimiento |               |
| Número de Identificación de Miembro | Dirección                    | Ciudad                     | Estado              | Código Postal |
| Número Telefónico Principal         | Número Telefónico Secundario |                            |                     |               |

### INFORMACIÓN DE REMISIÓN

|  |                   |               |
|--|-------------------|---------------|
| Nombre del Médico Tratante                   | Número Telefónico | Número de Fax |
| Nombre del Médico de Atención Primaria (PCP) | Número Telefónico | Número de Fax |

### MOTIVO(S) DE REMISIÓN AL EDUCADOR(A) DE LA SALUD DE GOLD COAST HEALTH PLAN

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes                                | <input type="checkbox"/> Factores psicosociales que presentan barreras para la atención |
| <input type="checkbox"/> Asma                                    | <input type="checkbox"/> Depresión  |
| <input type="checkbox"/> Obesidad Mórbida en Adultos (18+)       | <input type="checkbox"/> Programa de Navegador de Salud                                 |
| <input type="checkbox"/> Obesidad Mórbida (De 0-17 años de edad) | <input type="checkbox"/> Otro _____   |
| <input type="checkbox"/> Alto Riesgo Obstétrico (Prenatal)       |   |

### INFORMACIÓN CLÍNICA (Para ser completado por el médico tratante o el personal de la oficina)

|  |                   |       |
|--|-------------------|-------|
| Nombre y Cargo de la Persona que llena el Formulario | Número Telefónico | Fecha |
|--|-------------------|-------|

### Declaración de No Discriminación y Asistencia Lingüística

Gold Coast Health Plan complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Gold Coast Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Gold Coast Health Plan 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-301-1228 (TTY: 1-888-310-7347).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-301-1228 (TTY: 1-888-310-7347).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-301-1228 (TTY: 1-888-310-7347)。