

Formulario de Solicitud de Coordinación de Cuidados



¡Bienvenido a PacificSource! Si usted es un miembro nuevo con un plan activo de tratamiento médico o de fármacos/medicamentos, tal vez se pregunte si podrá continuar con el tratamiento a través de su cobertura de PacificSource. Entendemos esta situación y estamos aquí para ayudarle a usted o a los miembros cubiertos de su familia. Al llenar este formulario, podremos ponernos en contacto con usted (o con la persona que usted designe) para platicar sobre sus cuidados y responder a sus dudas. Primero, **por favor llene todas las secciones aplicables y devuelva este formulario lo antes posible a:**

PacificSource Health Plans, ATTN: Health Services Dept.
PO Box 7068, Springfield, OR 97475-0068

Email: MSSTeamCommercial@PacificSource.com
Fax: 541-684-5486
¿Dudas? 888-977-9299, TTY 711

Información sobre la Inscripción

Nombre del Empleador/Grupo _____ Fecha de vigencia de la cobertura de PacificSource _____
Apellido del Empleado _____ Primer Nombre del Empleado _____ Inicial 2do Nombre _____
Dirección Postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Fecha de Nacimiento _____ Teléfono Durante el Día _____
Email _____

Información Sobre su Cobertura de Seguro Anterior

Nombre del Asegurado _____ Compañía Aseguradora _____
Número de Póliza _____ Fechas de la Cobertura _____ a _____
¿Seguirá vigente la cobertura mientras usted esté cubierto por PacificSource? Sí No

Información del Miembro

Nombre del Miembro _____
Relación con el Empleado: Yo mismo Cónyuge Dependiente
Sexo Asignado al Nacer (M/F) ____ Identidad de Género* ____ Fecha de Nacimiento _____
Médico _____ Teléfono del Médico _____

***Identidad de género** (opcional):
A-Agénero, **B**-Niño, **GF**-Género fluido, **GN**-Género no conforme, **GO**-Genderqueer (intergénero), **G**-Niña, **M**-Hombre, **NB**-No binario, **NL**-No enlistado, **P**-Prefiero no responder, **O**-Cuestionando o inseguro/a, **TG**-Tercer género, **TM**-Hombre trans, **TW**-Mujer trans, **T**-Transgénero, **TS**-Dos espíritus, **W**-Mujer

El miembro:

- | | | |
|----|----|--|
| Sí | No | ¿Recibe actualmente un tratamiento por algún padecimiento o traumatismo?
Si la respuesta es "Sí", describa: _____ |
| Sí | No | ¿Tiene programada una cirugía u hospitalización en los próximos 90 días?
Si la respuesta es "Sí", describa: _____
Si la respuesta es "Sí", ¿en cuál hospital o institución? _____ |
| Sí | No | ¿Está recibiendo quimioterapia, terapia de radiación u otra terapia para el cáncer? |
| Sí | No | ¿Recibe cuidados en el hogar o en un hospicio? |
| Sí | No | ¿Es candidato para un trasplante de órganos? |
| Sí | No | ¿Está recibiendo un tratamiento como resultado de una cirugía mayor reciente? |
| Sí | No | ¿Está inscrito actualmente en un programa de administración de enfermedades?
Si la respuesta es "Sí", describa: _____ |
| Sí | No | ¿Está actualmente embarazada?
Si la respuesta es "Sí", ¿cuál es la fecha de parto? _____ |
| Sí | No | ¿Está interesada en recibir información del programa prenatal de PacificSource? |
| Sí | No | ¿Está utilizando actualmente una farmacia especializada?
Si la respuesta es "Sí", por favor indique la farmacia especializada, el medicamento especializado y el médico que lo prescribe. |

Anote el nombre de los medicamentos de prescripción que toma el miembro con regularidad (no es necesario anotar los medicamentos disponibles sin receta o los medicamentos herbales). Para cada medicamento, indique el nombre y el número de teléfono del médico que prescribe:

Nombre del Medicamento	Médico que Prescribe	Teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Por favor describa el padecimiento y/o el plan de tratamiento para el cual el miembro solicita ayuda durante la transición a PacificSource:

Autorización para Solicitar/Revelar Información

Yo, el abajo firmante, autorizo que PacificSource Health Plans solicite y/o revele la información sobre mi salud o la salud de mis dependientes (específicamente las personas enlistadas en este formulario de inscripción para recibir la cobertura de beneficios) con el propósito de facilitar mis beneficios del cuidado de la salud, incluyendo la administración, el pago y las operaciones de negocios relacionadas con dichos beneficios.

La información de salud que sea solicitada o revelada puede relacionarse con los tratamientos o servicios provistos por o solicitados de:

- Un médico, dentista, farmacéutico u otro prestador de servicios del cuidado de la salud;
- Una clínica, un hospital, una institución de cuidados a largo plazo u otra institución médica o de enfermería;
- Cualquier otra institución que proporcione cuidados, tratamientos, consultas, productos farmacéuticos o suministros; ó:
- Una compañía aseguradora o un plan de salud de grupo.

La información de salud que puede ser solicitada o revelada incluye (entre otros): registros de reclamaciones, correspondencia, registros médicos, estados de cuenta/facturas, reportes de diagnóstico por imágenes, reportes de laboratorio, registros dentales o registros de hospitales (incluyendo registros de enfermería y apuntes sobre la evolución médica). Esta autorización no aplica a los apuntes de psicoterapia. Será necesario utilizar una autorización por separado para obtener información relacionada con la psicoterapia, la dependencia a sustancias químicas y el estatus de portador del VIH, en caso de que aplique.

Firma _____ Fecha _____