



Your Health. Our Passion.

Sólo para el uso del personal:

Completado por: _____

Fecha del día de hoy _____

Derivación de pacientes a servicios de salud de comportamiento no psiquiátricos

Fecha _____ Número de identificación médico _____

Le atendemos a este paciente actualmente en nuestra consulta y necesita una Evaluación de salud de comportamiento de su agencia.

Información del paciente:

Apellido _____ Nombre _____ Iniciales del medio _____

Los últimos cuatro números del seguro social # _____ Fecha de nacimiento _____

Teléfono _____

Género _____ Pronombre(s) preferido(s) _____

Guardián/tutor legal _____

Fuente de pago: Medicaid Medicare Privada Cuenta propia

Información del proveedor que hizo la derivación de pacientes:

Nombre del proveedor de cuidados primarios _____

Nombre de consulta _____

Dirrección _____

Teléfono _____ Fax _____ Correo electrónico _____

Número de identificador nacional del proveedor de la derivación de pacientes (si aplicable) _____

Solicitud de la derivación de pacientes:

Preocupaciones/solicitudes/recomendaciones específicas:

Información de la cita:

Clínica de HealthNet preferida (por favor dibuje un círculo alrededor de la preferida): People's Southwest West Southeast Barrington Care Center Martindale-Brightwood Northeast

La siguiente información del paciente está anexada:

Diagnóstica médica

Historia y físico más recientes

Lista de medicamentos actual

Acuerdo de manejo del dolor (si aplicable)

Divulgación de información firmada (en el reverso)

Yo admito que he tenido una conversación acerca de esta derivación de pacientes a salud de comportamiento (requerido)

Por favor faxee este formulario con el Formulario de obtener expedientes médicos al: 317-275-3633.

Firma _____

médico, médico asociado/enfermero practicado



Autorización para obtener información médica

Si necesita que el médico, hospital o clínica anterior le envíe sus registros médicos a HealthNet, complete este formulario.

Le otorgo mi consentimiento a HealthNet para que obtenga los registros médicos de:

Apellido _____ Primer nombre _____ Inicial seg. nom. _____
Últimos 4 dígitos del n.º de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____ Teléfono _____
Dirección _____

Le otorgo mi consentimiento a HealthNet para que obtenga estos registros médicos de:

Nombre del proveedor _____ Teléfono _____ Fax _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Con la siguiente información de: hoy _____ / _____ / _____ al _____ / _____ / _____.

- Notas del proveedor
- Registros de facturación
- Análisis de laboratorio/radiografías
- Ecografía
- Inmunizaciones (vacunas)
- Otras pruebas/registros _____
- Consultas
- Registro médico completo

Sección de consentimiento especial: (Conforme al IC-16-39-2. Este permiso especial es válido durante 180 días).

- Registros de salud conductual/asesoramiento
- Análisis de enfermedades contagiosas (como ETS)
- Resultados de VIH
- Registros genéticos
- Registros de abuso de sustancias, drogas o alcohol

Método solicitado (marque uno): Impreso CD/Formato electrónico Oral

Entrega electrónica (enlace seguro) Correo electrónico: _____

Le otorgo mi consentimiento a HealthNet para que divulgue mis registros médicos como se describe anteriormente y tengo conocimiento de lo siguiente:

1. Si mi registro incluye cierta información que es sumamente privada como pruebas de VIH o registros de asesoramiento, debo marcar las casillas correspondientes arriba para que HealthNet divulgue estas secciones.
2. Para detener la divulgación de esta información, debo escribir una carta a la dirección que aparece más abajo. La cancelación de la divulgación no se aplicará a los registros que ya se han enviado.
3. Esta autorización expirará en 60 días a menos que yo mencione una fecha diferente aquí: _____
4. Es posible que la persona u organización que recibe mis registros no tenga que seguir las leyes de privacidad federales como HealthNet. Una vez que HealthNet divulgue mis registros, ya no controlará lo que esa persona u organización haga con estos.
5. HealthNet me brindará tratamiento incluso si no firmo este formulario.
6. Debo completar este formulario en su totalidad para que HealthNet divulgue mis registros.
7. Si solicito un formato electrónico, puedo recibir mis registros médicos en un CD o por entrega electrónica.

Nombre de la persona que completa el formulario en letra de imprenta _____

Firma del paciente/representante legal Fecha Relación con el paciente

Por favor faxee este formulario con el Formulario de obtener expedientes médicos al: 317-275-3633.

Solo para uso del personal: Recibido por: Correo electrónico Fax Correo postal
 En persona (nombre del miembro del personal que fue testigo): _____