



Formulario para la transición de la atención

(Para utilizar cuando un miembro nuevo actualmente recibe atención de un proveedor no participante).

Como miembro nuevo de nuestro plan, deseamos que siga recibiendo atención para tratar su afección. Si usted recibe atención de un médico que no forma parte del plan, es posible que pueda seguir recibiendo atención de este médico durante un máximo de 90 días. Complete este formulario o pídale a su médico que nos lo envíe por fax al 1-650-498-5657. Un enfermero o médico del plan lo revisará y le indicará si puede seguir consultando al médico que no pertenece al plan. Si necesita ayuda para completar este formulario, llame al Servicio para los miembros al 1-855-996-8422.

Información del beneficiario:

Nombre del beneficiario: _____ Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: _____

Número de grupo: _____ Nombre del empleador: _____

Información del paciente:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____

N.º de identificación de Medicare: _____

Dirección del paciente: _____

N.º de teléfono particular: _____ N.º de teléfono laboral: _____

Mejor momento para comunicarse: _____

Información del proveedor:

Proveedor de atención primaria (PCP): _____

Dirección del PCP: _____

N.º de teléfono del PCP: _____

1) Nombre del proveedor/especialista tratante: _____ N.º de teléfono: _____

Dirección del especialista: _____

2) Nombre del proveedor/especialista tratante: _____ N.º de teléfono: _____

Dirección del especialista: _____

Servicios solicitados para la atención de transición: (Marque todas las opciones que correspondan).

Cirugía ambulatoria/en el mismo día Equipo médico duradero Ginecología/infertilidad

Atención en un hospicio Atención para pacientes internados (posoperatoria)

Obstetricia ____ (Fecha de parto) Oncología Atención fuera de la red

Rehabilitación para pacientes externos (fisioterapia/terapia ocupacional/del habla)

Cirugía _____ (Tratamiento/tipo de cirugía y fecha programada)

Trasplante _____ (Tipo de trasplante)

Otro tipo de atención/tratamiento (Explique):

____ Enfermedad crónica/a largo plazo: _____

Diagnóstico: _____

Descripción breve del tratamiento activo que recibe:

Stanford Health Care Advantage es una Organización para el mantenimiento de la salud (HMO) que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Stanford Health Care Advantage depende de la renovación del contrato.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-996-8422 (TTY: 711).

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-996-8422 (TTY: 711).

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 1-855-996-8422 (TTY: 711)。