



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)
Salud mental

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

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

___ 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.

Discrimination is Against the Law. Stanford Health Care Advantage cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Stanford Health Care Advantage 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 1-855-996-8422 (TTY: 711). ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 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)。