Formulario de Solicitud de Transición de Atención

Complete este formulario si está recibiendo un tratamiento médico complejo en los primeros 30 días después de la fecha de vigencia de su nuevo plan. Imagine360 utilizará la información para ayudar a proporcionar una transición sin problemas al nuevo plan y reunir los recursos adecuados para satisfacer sus necesidades.

Primero, complete las Secciones A, B, C y el Formulario de Autorización Médica adjunto.
Luego, enviar todo a toc@imagine360.com.

Sección A: Tratamiento Médico Complejo

Indique cuáles de los siguientes puntos son aplicables:

- ☐ Admisión hospitalaria o cirugía dentro de los 30 días posteriores a la fecha de vigencia
- ☐ Cirugía o procedimiento ambulatorio dentro de los 30 días posteriores a la fecha de vigencia
- ☐ Tratamiento de infusión (**NO** autoadministrado)
- ☐ Evaluación de trasplante o en lista de trasplante
- ☐ Otro tratamiento complejo dentro de los 30 días posteriores a la fecha de vigencia del plan
- ☐ Actualmente embarazada
- ☐ Tratamiento de diálisis
- ☐ Radiación o quimioterapia
- ☐ Ensayo clínico

Anote todos sus medicamentos actuales: _____

Sección B: Información del Afiliado

Empleador	N.° de grupo	Fecha de Inscripción del Empleado (mm/dd/aaaa)	
Nombre de Empleado		Identificación del Empleado	
Domicilio	Ciudad, Estado		Código Postal
Nombre del Paciente	Número de Seguro Social del Paciente	Fecha de Nacimiento (mm/dd/yyyy)	Relación con el Empleado:
Teléfono del Paciente	Correo Electrónico del Paciente		El Mejor Momento para Llamar

Sección C: Proveedores que Tratan sus Afecciones Médicas Complejas

Nombre del Proveedor	Fecha de Servicio	Seleccione: ☐ Visita al Consultorio ☐ Procedimiento
Dirección del Proveedor	Número de Teléfono del Proveedor	
Razón/Diagnóstico	Fecha del Diagnóstico	

Nombre del Proveedor	Fecha de Servicio	Seleccione: ☐ Visita al Consultorio ☐ Procedimiento
Dirección del Proveedor	Número de Teléfono del Proveedor	
Razón/Diagnóstico	Fecha del Diagnóstico	

Nombre del Proveedor	Fecha de Servicio	Seleccione: ☐ Visita al Consultorio ☐ Procedimiento
Dirección del Proveedor	Número de Teléfono del Proveedor	
Razón/Diagnóstico	Fecha del Diagnóstico	

Nombre del Establecimiento	Fechas de Admisión/Cirugía
Dirección del Establecimiento	Número de Teléfono del Establecimiento
Razón/Diagnóstico	

Formulario de Autorización Médica

Este formulario le permite al equipo de gestión médica de su plan de salud acceder a información sobre su historia clínica para ayudarle a coordinar eficazmente su atención. Después de completar este formulario, envíelo junto con el Formulario de Solicitud de Transición de Atención completo a toc@imagine360.com.

Empleador	N.° de póliza	Fecha (mm/dd/aaaa)	
Nombre de Empleado		Identificación del Empleado	
Domicilio	Ciudad, Estado		Código postal
Nombre del Paciente	Número de Seguro Social del Paciente	Fecha de Nacimiento (mm/dd/yyyy)	Relación con el Empleado:
Teléfono del Paciente	Correo Electrónico del Paciente		Mejor Momento para Llamar
Nombre del Contacto de Emergencia:	Número de Teléfono del Contacto de Emergencia:		Relación con el Paciente

Autorización Médica

Por la presente doy mi autorización para la divulgación, tanto verbal como por escrito, de mi historia clínica, que incluye diagnósticos de tratamiento, registros de diagnóstico, resultados de laboratorio y otra información en mi registro médico al equipo de gestión médica del plan de salud. Entiendo que el equipo de gestión médica del plan de salud utilizará estos registros para evaluar las necesidades del programa en relación con mi salud y que pueden enviar estos registros a médicos u otros proveedores de atención médica para su revisión en relación con la notificación o el proceso de gestión de casos.

Al firmar esta autorización, doy mi consentimiento para inscribirme en el programa de gestión médica.

Firma del Paciente/Tutor: _____Fecha: _____

Esta autorización tiene vigencia por un año después de la fecha de mi firma y se aplica a todos los médicos y especialistas (médicos o psiquiátricos) que me tratan actualmente y a los familiares que se enumeran a continuación: _____

_____

Con respecto a la Regla de Privacidad de HIPAA, un uso o divulgación permitido de Información de Salud Protegida es para Tratamiento, Pago u Operaciones de Atención Médica según la sección 164.502(a)(1)(ii). Esta solicitud la realizan el plan de salud y su socio comercial para determinar la elegibilidad y la cobertura según el plan, revisar los servicios de atención médica para determinar la necesidad médica, la cobertura, la justificación de los cargos y similares; y actividades de revisión de utilización que se definen como Pago según la sección 164.501 de la Regla de Privacidad.