

Espera 72 horas para que se complete la solicitud. Llame al 303-602-2070 o al 877-357-0963 si tiene preguntas. **Después de que se completen todas las partes, envíe por fax al: 303-602-2081 o por correo electrónica a: ManagedCarePAR@dhha.org.** DEBEN COMPLETARSE todas las secciones para que se procese este formulario de solicitud. Escriba con letra de imprenta legible.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (Puede ser completado por personal de farmacia si corresponde).						Fecha de inicio: 			
Apellido:			Nombre:			Sexo: M F			
N.º de seguro:		N.º de registro médico de DH:		Fecha de nacimiento: 		Número de teléfono: () -			
DHHA		CSA/DERP		DPPA		CHP+			
DH Medicaid		DH Medicare		Elevate					
Medicamento:			¿Se aceptan genéricos?		Sí No		Dosis: Cantidad:		
Indicaciones:									
Persona que emite la receta:				¿Proveedor del personal de DH?		Sí No		N.º de fax de la clínica:	
Completar en:		Webb Pharmacy		Central Fill (envíos por correo)		Eastside		La Casa Pharmacy	
Park Hill		Lowry		Westside Pharmacy		Public Health Pharmacy		DH Discharge Pharmacy	
								Westwood Montbello Pena Otra	

PARTE DE LA CLÍNICA (Debe ser completada por el proveedor u otra persona designada)					
Nueva solicitud		Solicitud de renovación		Urgente (solo para soporte vital)**	
Médico a cargo de la atención		Médico con subespecialidad		Médico residente	
Localizador:		Nombre de la clínica:			
Persona de contacto:		Teléfono:		Fax:	
Completado por (si es otra persona):			Dirección de correo electrónico (si no es DH):		
Diagnóstico del paciente:					
¿Cuánto tiempo el paciente tomará este medicamento?					
¿Se necesitará ajustar la dosis de este medicamento?			Si la respuesta es afirmativa, ¿qué dosis?		
Sí No					
Necesidad/fundamento médico: puede proporcionar documentación clínica que indique necesidad médica (es decir, encuentros, resultados de laboratorio, radiología, etc.):					
¿El paciente recibe actualmente este medicamento?			Si la respuesta es sí, ¿más de 3 meses?		
Sí No			Sí No		
Haga una lista de todas las medicaciones que el paciente ha probado para este diagnóstico y la duración de su uso.					