



¿Se trata de una autorremisión? (Marque una opción): Sí No

Nombre completo
(apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

Fecha de la remisión

Núm. de registro médico
(Medical Record Number, MRN)

Núm. de id. del miembro

Fecha de nacimiento

Núm. de teléfono del miembro

Nombre de la clínica

Proveedor de atención primaria
(Primary Care Provider, PCP)

Remitido por

Nombre de los padres/tutores

Idioma preferido (Marque una opción):

Inglés Español Ruso

Otra opción _____

Seguro (Marque una opción):

Medicaid Choice

Child Health Plan *Plus* (CHP+)

Medicare Advantage

Exchange/CO Option

Denver Health and Hospital Authority (DHHA)

Breve historial y motivo de la remisión: _____

SERVICIOS DE GESTIÓN MÉDICA

Gestión de la salud:

- » autocontrol de afecciones crónicas
- » manejo de enfermedades
- » bienestar emocional

Servicios de gestión de atención:

- » gestión de casos complejos
- » transiciones de coordinación de atención
- » coordinación de atención regular/continua
- » remisiones de recursos regulares/continuos
- » educación sobre el proceso de enfermedades
- » alta utilización de servicios

Servicios de farmacia:

- » educación sobre medicaciones
- » manejo del dolor
- » revisión de la medicación
- » gestión de la medicación

Servicios al Miembro:

- » elegibilidad
- » información sobre beneficios
- » asistencia para citas
- » quejas y apelaciones

Planes de Medicare/Medicaid:

- » asistencia para el transporte

Complete este formulario y envíelo por correo electrónico a DHMPCC@dhha.org.

¿Tiene alguna pregunta? Llame al 303-602-2184/fax 303-602-2146.

Le notificaremos la recepción de su remisión. Nuestro personal revisará su solicitud, se comunicará con usted y determinará la necesidad. Se realizará una remisión al programa correspondiente.