FORMULARIO DE SOLICITUD PARA COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN

PacificSource HEALTH PLANS

Atención:
Health Services Department
PO Box 7068
Springfield, OR 97475-0068
(541) 684-5584 • (888) 691-8209
Fax (541) 686-2051
www.pacificsource.com

Si usted es un nuevo beneficiario actualmente inscrito en un plan de tratamiento activo, es posible que tenga inquietudes sobre si podrá continuar o no el tratamiento bajo la cobertura de PacificSource. Entendemos su inquietud y nos comunicaremos con usted (o con la persona que usted haya designado) para hablar sobre sus necesidades de cuidado constante. ***Por favor, complete todas las secciones apropiadas a continuación. Escriba en letra de molde legible o a máquina.***

Nombre del empleador/grupo				
Apellido(s) del empleado	**Nombre**			**Fec. Nac.:**
Dirección	**Ciudad**	**Estado**	**Cód. Postal**	**Teléfono particular**

INFORMACIÓN DE COBERTURA DE SEGURO ACTUAL Y ANTERIOR

Nombre del asegurado	Nombre de empresa aseguradora y número de póliza	Núm. de póliza de grupo:	¿La cobertura anterior seguirá vigente mientras cubierto por PacificSource ?
			☐ Sí ☐ No

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

Nombre del beneficiario	**Relación con el empleado**	**Sexo**	**Fec. Nac.:**	**Médico**	**Núm. telefónico del médico**
	☐ El empleado ☐ Cónyuge ☐ Dependiente				

- ¿El beneficiario está actualmente recibiendo tratamiento por alguna afección grave o algún trauma? ☐ Sí ☐ No
- ¿El beneficiario tiene programada una cirugía u hospitalización durante los próximos 90 días? ☐ Sí ☐ No
- ¿El beneficiario está recibiendo quimioterapia, radioterapia, terapia contra el cáncer, cuidados terminales o es candidato para un trasplante de órganos? ☐ Sí ☐ No
- ¿El beneficiario está recibiendo tratamiento como resultado de alguna cirugía mayor reciente? ☐ Sí ☐ No
- ¿Se espera que el beneficiario esté en el hospital durante los próximos 90 días? ☐ Sí ☐ No
- ¿Se encuentra embarazada la beneficiaria? ☐ Sí ☐ No
  En caso afirmativo, ¿cuándo es la fecha de parto? ____/_____/_____
- ¿El beneficiario se encuentra actualmente inscrito en un programa de control de enfermedades? ☐ Sí ☐ No

Por favor, describa la afección y el plan de tratamiento para los cuales el beneficiario solicita la coordinación de la atención: _____

_____

DECLARACIÓN Y RECONOCIMIENTO DE INFORMACIÓN DE SALUD

Reconozco y entiendo que mi plan de salud podrá solicitar o divulgar información de salud sobre mí o mis dependientes (personas incluidas para recibir cobertura de beneficios en este formulario de inscripción) en forma periódica con el propósito de facilitar el tratamiento y pago del cuidado de la salud u operaciones comerciales necesarias para administrar los beneficios de la atención médica; o conforme lo requiera la ley.

Puede que la información de salud solicitada o divulgada esté relacionada con el tratamiento o servicios realizados por:

- Un médico, dentista, farmacéutico u otro profesional de cuidados de la salud física o conductual;
- Una clínica, un hospital, una instalación de cuidados de largo plazo u otra instalación médica;
- Cualquier otra institución que proporcione cuidados, tratamiento, consulta, medicamentos o suministros, o:
- Una compañía de seguros o plan de salud de grupo.

La información de salud solicitada o divulgada podrá incluir: registros de reclamaciones, correspondencia, historias clínicas, estados de cuenta, informes de diagnóstico por imágenes, informes de laboratorio, registros dentales o registros de hospital (incluidos los registros de enfermería y notas de progreso). ***Este reconocimiento no es pertinente para obtener información respecto a notas de psicoterapia. Se utilizará una autorización por separado para esta información.***

_____ _____
Firma Fecha