



NAPA COUNTY
Health & Human
Services Agency

HHS Mental Health Division
2751 Napa Valley Corporate Drive
Napa, CA 94558
707-259-8151

FORMULARIO DE SOLICITUD DE CONTINUACION DE CUIDADO

Fecha: _____

Caso #: _____

Información del beneficiario:

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Numero de Medi-Cal: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono Primario: _____ Casa Celular Trabajo

Teléfono Secundario: _____ Casa Celular Trabajo

Correo electrónico: _____ Podemos contactarlo (a) por correo electrónico? Sí No

Razón de la solicitud:

- El beneficiario (a) se ha transferido al Plan de Salud Mental del Condado de Napa, de un Plan de Salud Mental de otro Condado debido al cambio del Condado de residencia del beneficiario;
- El beneficiario (a) se ha transferido de un pago por servicio de Medi-Cal, al Plan de Salud Mental del Condado de Napa;
- El beneficiario (a) se ha transferido de un Plan de Cuidado Administrado, al Plan de Salud Mental del Condado de Napa;
- El proveedor pre-existente ha terminado voluntariamente el empleo o el contrato con el Plan de Salud Mental del Condado de Napa (MHP);
- El empleo o el contrato del proveedor pre-existente ha sido terminado por una razón distinta a la calidad del cuidado o la elegibilidad del proveedor para participar en Medi-Cal.

Información del proveedor pre-existente:

Apellido: _____ Nombre: _____ Credencial: _____

Especialidad/tipo de atención: _____ Numero de licencia: _____

Fecha del último día de servicios con este proveedor: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Para que el Plan de Salud Mental del Condado de Napa pueda tomar una decisión informada con respecto a su solicitud de Continuidad de Cuidado, el beneficiario debe firmar la Autorización de Divulgación de Información adjunta para que podamos obtener la información necesaria para validar el proveedor pre-existente. El beneficiario será notificado de la decisión del plan por escrito.

Consentimiento Para Tratamiento De Datos Personales

El completar este documento autoriza el uso y la divulgación de su información de salud confidencial, personal, y financiera en conformidad con las leyes estatales y federales relativas a la privacidad de dicha información. Coordinando cuidado, tratamiento y servicios, promoverá salud física y mental, cuidado, recuperación, y bienestar general que conduce a un nivel de atención más alto. **Revise y complete todas las secciones abajo para una autorización válida.**

1. Información de Cliente:

Primer Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono #: _____

Domicilio: _____

USO Y DIVULGACION

2. Propósito de Autorización (marque todo lo que corresponda):

- | | |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Evaluación | <input type="checkbox"/> Legal |
| <input type="checkbox"/> Planificación del Tratamiento | <input type="checkbox"/> Financiero |
| <input type="checkbox"/> Coordinación de Atención o Servicios | <input type="checkbox"/> A Petición del Individuo |
| | <input type="checkbox"/> Otro (especifique): |

3. Descripción de la Información Que Se Divulgara o Intercambiara— puede ser escrito o verbal (marque todo lo que corresponda):

- | | |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Registro Completo | <input type="checkbox"/> Resultados de Laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Diagnóstico | <input type="checkbox"/> Resumen de Alta o Plan de Cuidados Posteriores |
| <input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Procedimientos de Libertad Condicional o Correccionales |
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones | <input type="checkbox"/> Detalles de Beneficios o Elegibilidad |
| <input type="checkbox"/> Historia Social | <input type="checkbox"/> Facturación o Registros Financieros |
| <input type="checkbox"/> Notas de Progreso | <input type="checkbox"/> Verificación de Servicios |
| <input type="checkbox"/> Pruebas Psicológicas o Vocacionales | <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ |

Intervalo de fechas de los registros que se divulgaran (si corresponde) : _____ a _____

Para limitar cualquier información marcada arriba, especifique aquí: _____

4. Esta Informacion Requiere Proteccion Especial

Inicial para permitir el uso y la divulgación (si corresponde):

Registro de Salud Mental	<i>Inicial Aqui</i>	Registros de Trastornos por Uso de Sustancias	<i>Inicial Aqui</i>	VIH/SIDA Resultados de la Prueba	<i>Inicial Aqui</i>	Prueba Genetica	<i>Inicial Aqui</i>	Anemia Falciforme	<i>Inicial Aqui</i>
--------------------------	---------------------	-----------------------------------------------	---------------------	----------------------------------	---------------------	-----------------	---------------------	-------------------	---------------------



5. Recipientes

(a) Ponga dos iniciales o más para facilitar el intercambio de información entre programas (si corresponde):

<i>Inicial Aqui</i>	Napa County HHSA –Servicios del Alcoholismo y Drogas	<i>Inicial Aqui</i>	Napa County HHSA – Salud Publica
<i>Inicial Aqui</i>	Napa County HHSA –Servicios de Bienestar Infantil	<i>Inicial Aqui</i>	Napa County HHSA - Servicios de Autosuficiencia
<i>Inicial Aqui</i>	Napa County HHSA – Servicios Integrales Para Adultos Mayores	<i>Inicial Aqui</i>	Otro (especifique): _____
<i>Inicial Aqui</i>	Napa County Division de Servicios de Vivienda y Personas sin Hogar	<i>Inicial Aqui</i>	Otro (especifique): _____
<i>Inicial Aqui</i>	Napa County HHSA – Salud Mental	<i>Inicial Aqui</i>	Otro (especifique): _____
<i>Inicial Aqui</i>	Napa County Libertad Condicional	<i>Inicial Aqui</i>	Otro (especifique): _____

o

(b)Persona u organización específica a la que se hará la divulgación (si corresponde):

Nombre:	<input type="checkbox"/> Una dirección  <input type="checkbox"/> Bidireccional 	Nombre:
Domicilio:		Domicilio:
Ciudad:		Ciudad:
Estado: Código postal:		Estado: Código postal:
Teléfono: Fax:		Teléfono: Fax:

Napa County HHSA is an Equal Opportunity Provider

6. Vencimiento

Ingrese la fecha de vencimiento de esta autorización: _____

AVISO DE SUS DERECHOS

- Puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negativa no afectará mi capacidad para obtener tratamiento, pago o elegibilidad para recibir beneficios. *Nombre del programa (opcional):* _____
- Puedo revocar o cancelar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación entrará en vigencia una vez recibida, pero no tendrá ningún impacto en los usos o divulgaciones realizadas mientras la autorización era válida. Mi revocación puede ser verbal o por escrito, firmada por mi o mi representante personal.
- Tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.
- Entiendo que la información divulga de conformidad con esta autorización podría ser divulgada nuevamente por el destinatario y, a menos que lo prohíban las leyes estatales o federales, es posible que ya no esté protegida.
- Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información médica a la que se aplica esta autorización.
- Puedo solicitar y recibir aclaraciones sobre cualquier inquietud o pregunta que pueda tener con respecto a esta autorización.

FIRMA

7. Firmas Requeridas

Cliente o Representante Personal: _____ Fecha: _____

Representante Personal¹ nombre impreso: _____

Si está marcado, esta autorización no debe exceder los 12 meses.

Internal Use Only

Program Contact printed name: _____ Phone number: _____

¹ Representante personal es la persona que tiene autoridad legal para tomar decisiones en nombre del cliente.

Napa County HHS is an Equal Opportunity Provider