



Formulario de coordinación de atención

Información del miembro

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Idioma de preferencia: [ ] Inglés [ ] Español [ ] Cantonés [ ] Coreano [ ] Mandarín [ ] Tagalo [ ] Vietnamita [ ] Otro

Información sobre el médico de cuidado primario (PCP)/grupo médico

PCP de Verda Healthcare ¿Es el mismo PCP que tenía antes de inscribirse a Verda? Sí NO [ ] [ ]
Grupo médico/IPA de Verda Healthcare ¿Es el mismo grupo médico/IPA que tenía antes de inscribirse a Verda? Sí NO [ ] [ ]

Si eligió "NO", ¿quiénes son su PCP y su grupo médico actuales? \_\_\_\_\_

Continuidad del cuidado y los servicios

Infórmenos si alguno de los siguientes problemas se aplica a usted y haremos que un miembro del Equipo de Coordinación de la Atención se contacte con usted para ayudarle con la transición de servicios:

- [ ] Tiene necesidades inmediatas: comida, falta de hogar, incapacidad de pagar los medicamentos.
[ ] Actualmente está hospitalizado.
[ ] Está recibiendo un tratamiento: quimioterapia, diálisis, atención en el hogar.
[ ] Tiene una cirugía planificada para los próximos meses.
[ ] Equipo médico duradero (DME): [ ] Propio [ ] Alquilado

Si lo alquila, ¿cuál es la empresa de DME? Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

- [ ] Silla de baño [ ] Silla inodoro [ ] Cama de hospital [ ] Asientos de inodoro
[ ] Bastón [ ] Máquina de CPAP [ ] Oxígeno [ ] Andador
[ ] Catéteres [ ] Pañales [ ] Colchón de presión [ ] Silla de ruedas
[ ] Otro \_\_\_\_\_
[ ] Otro \_\_\_\_\_

## Medicamentos

*Brinde una lista de los medicamentos para los que necesita autorización previa o que no están en nuestro Formulario. Un miembro del Equipo de Coordinación de la Atención se contactará con usted para ayudarle a surtir las recetas de transición.*

Nombre del medicamento:	_____	Dosis: _____
Nombre del medicamento	_____	Dosis: _____
Nombre del medicamento	_____	Dosis: _____