



Continuity of Care Form (Formulario de Continuidad de la Atención)

Member Information / Información del Miembro

- Member Name / Nombre del Miembro: _____
 - Member ID Number / Número de Identificación: _____
 - Date of Birth / Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____
 - Contact Phone / Teléfono de Contacto: _____
 - Email / Correo Electrónico: _____
-

Provider Information / Información del Proveedor

- Current Provider Name / Nombre del Proveedor Actual: _____
 - Specialty / Especialidad: _____
 - Phone / Teléfono: _____ Fax: _____
 - Address/ Direccion: _____
-

Reason for Continuity of Care Request / Razón de la Solicitud de Continuidad de Atención

- ☐ Change of Provider / Cambio de proveedor
 - ☐ Hospital Discharge / Alta hospitalaria
 - ☐ New Diagnosis / Nuevo diagnóstico
 - ☐ Other / Otro: _____
-

Clinical Summary / Resumen Clínico

Diagnosis / Diagnóstico(s): _____

Current Medications / Medicamentos Actuales: _____

Relevant Lab/Imaging Results / Resultados de Laboratorio o Imágenes Relevantes: _____

Known Allergies / Alergias Conocidas: _____

Care Plan / Plan de Atención

Treatment Goals / Objetivos del Tratamiento: _____

Pending Procedures / Procedimientos : _____

Follow-up Appointments / Citas de Seguimiento: _____

Patient Education Provided / Educación al Paciente Brindada: _____

Coordination / Coordinación

Receiving Provider Name / Nombre del Nuevo Proveedor: _____

Specialty / Especialidad: _____

Contact Information / Información de Contacto: _____

Date of Transfer / Fecha de Transferencia: ____ / ____ / ____

Signatures / Firmas

Current Provider Signature / Firma del Proveedor Actual: _____

Date / Fecha: ____ / ____ / ____

Receiving Provider Signature / Firma del Nuevo Proveedor: _____

Date / Fecha: ____ / ____ / ____

I hereby authorize the above provider to give Family Health Choice any and all information and medical records necessary to make an informed decision concerning my request for transition of care/continuity of care. I understand that I am entitled to a copy of this authorization form.

Por la presente autorizo al proveedor mencionado anteriormente a proporcionar a Family Health Choice toda la información y los registros médicos necesarios para que se pueda tomar una decisión informada sobre mi solicitud de transición de cuidado/continuidad de cuidado. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este formulario de autorización.

Member Signature / Firma del Miembro: _____

Date / Fecha: ____ / ____ / ____

Form is to be completed by Out of Network providers as part of the continuity of care request for Family Health Choice. Este formulario debe ser completado por proveedores fuera de la red como parte de la solicitud de continuidad de cuidado para Family Health Choice.