

# Formulario de solicitud de transición de la atención

La transición de la atención le permite recibir asistencia de nuestro personal de enfermería titulado y especialistas en planes con capacitación especial para garantizar una transición sin problemas a su nuevo plan de salud. Complete el formulario de solicitud de transición de la atención y la dispensa médica si actualmente recibe tratamiento, si tiene un procedimiento programado dentro de los primeros 30 días de la fecha de entrada en vigor de su nuevo plan o si tiene alguna afección médica compleja. La transición de la atención solamente es válida para las afecciones específicas que se describen en este formulario. Envíe este formulario completado y la dispensa médica a [toc@imagine360.com](mailto:toc@imagine360.com).

Para obtener ayuda para encontrar un proveedor dentro de la red o si tiene preguntas sobre los beneficios, comuníquese con su plan de salud al número que aparece en su tarjeta de ID o escriba al correo electrónico [myplan@imagine360.com](mailto:myplan@imagine360.com).

Empleador:	N.º de póliza:	Fecha de inscripción del empleado (mm/dd/aaaa)	
Nombre del empleado		ID del empleado	
Domicilio		Ciudad, estado	Código postal
Nombre del paciente	Número de seguro social (Social Security number, SSN) del paciente	Fecha de nacimiento (date of birth, DOB) del paciente (mm/dd/aaaa)	Relación con el empleado
Teléfono del paciente	Correo electrónico del paciente		Hora más adecuada para recibir llamadas

- ¿Actualmente el paciente recibe tratamiento para alguna condición?  SÍ  NO Fecha de prestación del servicio: \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa)
- ¿Actualmente el paciente tiene programada alguna cirugía u hospitalización?  SÍ  NO Fecha de ingreso/de la cirugía: \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa)
- ¿El paciente recibe tratamiento con quimioterapia, radioterapia, terapia contra el cáncer o atención para enfermos terminales?  
 SÍ  NO Fecha de prestación del servicio: \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa)
- ¿Este proveedor del paciente receta algún medicamento especializado autoinyectable o administrado por el médico?  
 SÍ  NO Fecha de prestación del servicio: \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa)
- ¿Este proveedor del paciente receta algún medicamento IV o infusión que se administre en un centro de infusiones, en el consultorio del médico o en la casa del paciente?  
 SÍ  NO Fecha de prestación del servicio: \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa)
- ¿El paciente recibe un tratamiento de diálisis?  SÍ  NO Fecha de prestación del servicio: \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa)
- ¿Al paciente se le realiza una evaluación para un trasplante o ha recibido previamente alguno?  
 SÍ  NO Fecha del trasplante: \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa)
- ¿La paciente está embarazada.?  SÍ  NO Fecha de parto: \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa)
- Si respondió que sí a cualquiera de las preguntas anteriores, describa la condición del paciente por la que pueda necesitar la transición de la atención:

- Lista de los medicamentos actuales recetados y de venta libre:

Complete la información de abajo relacionada con sus proveedores de cuidado:

Nombre del proveedor	N.º de teléfono del proveedor
Especialidad del proveedor	Motivo/diagnóstico
Dirección del proveedor	Siguiente fecha de prestación de servicio

Nombre del proveedor	N.º de teléfono del proveedor
Especialidad del proveedor	Motivo/diagnóstico
Dirección del proveedor	Siguiente fecha de prestación de servicio

Nombre del proveedor	N.º de teléfono del proveedor
Especialidad del proveedor	Motivo/diagnóstico
Dirección del proveedor	Siguiente fecha de prestación de servicio

Centro donde recibirá los próximos servicios	N.º de teléfono del centro
Dirección del centro	

Motivo/diagnóstico	
Fechas de ingreso/de la cirugía (mm/dd/aaaa)	Tipo de cirugía (si corresponde)
Tratamiento que recibirá y duración estimada	

Entregue este formulario de solicitud a: [toc@imagine360.com](mailto:toc@imagine360.com)

Comuníquese con su plan de salud marcando el número que aparece en su tarjeta de ID o llame al 800-716-2852 si tiene cualquier pregunta relacionada con la solicitud de transición de la atención.

# Formulario de entrega de información médica

Empleador	N.º de póliza:	Fecha (mm/dd/aaaa)	
Nombre del empleado		ID del empleado	
Domicilio		Ciudad, estado	Código postal
Nombre del paciente	Número de seguro social ( <i>Social Security number</i> , SSN) del paciente	Fecha de nacimiento ( <i>date of birth</i> , DOB) del paciente (mm/dd/aaaa)	Relación con el empleado
Teléfono del paciente	Correo electrónico del paciente		Hora más adecuada para recibir llamadas
Nombre del contacto para emergencias	Número de teléfono del contacto para emergencias		Relación con el paciente

El equipo de gestión de la atención de su plan de salud necesitará información relacionada con sus antecedentes médicos con el fin de ayudarlo de manera eficaz con la coordinación de su atención.

## Entrega de información médica

Por medio del presente doy mi autorización que se entreguen al equipo de gestión de la atención del plan de salud mis historias clínicas, de manera verbal y por escrito, incluidos los diagnósticos de tratamiento, los registros de diagnóstico, los resultados de análisis de laboratorio y demás información incluida en mi historia clínica. Entiendo que el equipo de gestión de la atención del plan de salud usará estos registros para evaluar las necesidades del programa en relación con mi salud y entiendo que el equipo de gestión de la atención del plan de salud puede enviar dichos registros a médicos o a otros proveedores de atención de la salud para que la revisen en relación con el proceso de notificación o de gestión del caso.

**Al firmar esta entrega, doy mi consentimiento para la inscripción en el programa de gestión de la atención.**

Firma del paciente/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Esta entrega es válida durante un año a partir de la fecha de la firma y aplica para todos los médicos y especialistas (médicos y/o de salud mental) que brindan tratamiento actualmente y para los integrantes de la familia, según se indica:

Entregue este formulario de solicitud a: [toc@imagine360.com](mailto:toc@imagine360.com)

---

*Con respecto a la norma de privacidad de la HIPAA, está permitido usar o entregar la información protegida sobre la salud para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, según la sección 164.502(a)(1)(ii). El plan de salud y su socio comercial emplean esta solicitud para determinar la aptitud y cobertura según el plan, para revisar los servicios de atención de la salud respecto a necesidad médica, cobertura, justificación de cargos, etcétera, y para actividades de revisión de utilización que se definen como pago, según la sección 164.501 de la norma de privacidad.*