

Envíe las referencias completadas a través de correo electrónico seguro a:

Registro de Conversación Para Referencias

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

Nombre del Prestador de Servicios Referente _____ Fecha del estudio _____

Título _____ Fecha de la referencia _____

Nombre de la Clínica _____ ZIP de la Clínica _____

Si se solicita un seguimiento, consulte el método de seguimiento preferido del prestador de servicios:

Correo electrónico _____ Teléfono _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE/CUIDADOR

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____ Género _____ ZIP _____

Etnicidad _____ Veterano Sí No Vive solo Sí No

Forma de contacto preferida (teléfono o correo electrónico) _____

Lenguaje principal _____ Necesita intérprete Sí No

Tipo de seguro Privado Medicaid Medicare Dual-Elegible Ninguno

Si alguien está ayudando al paciente (amigo, familiar, administrador de casos/trabajador social), complete lo siguiente:

Persona de apoyo _____ Necesita recursos para el cuidador Sí No

Relación _____ Teléfono _____

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

El paciente consiente en el uso de información confidencial sobre sí mismo para planificar, proveer y coordinar servicios, pagos y beneficios o para otros propósitos autorizados por la ley. El paciente también otorga permiso a agencias, proveedores o personas para usar información confidencial y revelarla entre ellos para estos propósitos. La información puede ser compartida verbal o electrónicamente, por correo o entregada personalmente. *Se ha informado al paciente que Community Living Connections se pondrá en contacto con él y acepta este contacto.*

Nombre del miembro del personal que funge como testigo _____ Fecha _____

Lleve a cabo su conversación en privado; tranquilice a los pacientes sobre la privacidad de la información recopilada y porque su decisión de participar en esta conversación no afectará su capacidad de recibir atención.

“Queremos asegurarnos de ofrecer la mejor atención posible, incluso después de que salga de nuestro hospital. Nos gustaría hacerle algunas preguntas no médicas para entender mejor a usted como persona para que podamos satisfacer sus necesidades.”

NECESIDADES SDoh
(requerido)

Transporte

“En el último año, ¿ha tenido problemas para llegar a citas médicas o la farmacia, o para hacer mandados?”

Otros (explique)

Vivienda

*“¿Cuál es su situación de vivienda hoy?”
“¿Le preocupa perder su vivienda?”*

“En el año pasado, ¿ha reparado usted (o su arrendador) todo lo que se necesitaba arreglar?”

Problemas financieros

“En el último año, ¿ha tenido dificultades para pagar sus servicios públicos o medicamentos?”

Alimentación

“En el último año, ¿alguna vez se ha preocupado de si su comida pudiera agotarse antes de tener el dinero para comprar más?”

OTRAS NECESIDADES NO CUBIERTAS
(opcional)

Ayuda con actividades de la vida diaria
(especifique a continuación)

Ayuda con actividades instrumentales de la vida diaria
(especifique a continuación)

Promoción de la salud y manejo de enfermedades crónicas

Apoyo para la enfermedad de Alzheimer y la demencia

Problemas de seguridad en el hogar/riesgo de caídas

Preparación del formulario
(especifique a continuación)

Otros comentarios

Sírvase indicar cualquier otro servicio de apoyo que el paciente o el cuidador reciba o al cual haya sido referido:

USO DEL HOSPITAL SOLAMENTE

Necesidades no cubiertas identificadas; Seguimiento de AAA solicitado

Necesidades no cubiertas identificadas El seguimiento del AAA fue rechazado

No se han identificado necesidades

No se pudo realizar el estudio *(explique)*
