

Formulario de transición de la atención

¡Bienvenido a Florida Health Care Plans (FHCP)! El objetivo del equipo de Transición de la Atención es asistirlo con el traspaso a nuestra red de proveedores, farmacias y medicamentos cubiertos. Complete el FORMULARIO DE TRANSICIÓN DE LA ATENCIÓN. Lo contactaremos en caso de necesitar información adicional.

Envíe el formulario al asesor de Transición de la Atención a través de Adobe Sign por fax al 386-238-3271 o por correo a FHCP Case Management Coordination of Care Department, Attn: Transition of Care, PO Box 9910, Daytona Beach, FL 32120. Las preguntas pueden enviarse a la línea de Transición de la Atención al 386-615-5017 o por correo electrónico a TOC@fhcp.com. TTY: 1-800-955-8770. Horario de atención: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora estándar del este. Nos complace asistirlo con la transición a su cobertura de salud de Florida Health Care Plans.

Descargo de responsabilidad: Se aplican los procedimientos y las pautas estándar de autorización previa. La transición de la atención es un servicio para los miembros nuevos que se incorporan a la red de FHCP. El envío de este formulario no garantiza la continuidad de la atención de proveedores, farmacias ni proveedores médicos fuera de la red, ni la cobertura de medicamentos que estén fuera del Formulario. Es posible que deba pagar los cargos si recibe servicios fuera de la red de FHCP sin una autorización aprobada. Es su responsabilidad notificar a sus proveedores del cambio de seguro.

Nombre del miembro: _____ Número de miembro: _____

Fecha de entrada en vigor del plan: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

Dirección: _____

Número de teléfono preferido: _____

Número de teléfono alternativo: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Fecha actual: _____

Contacto de emergencia (nombre, relación y número de teléfono):

Nombre	Relación	N.º de teléfono

Si quiere que su información de salud protegida (PHI) se divulgue a otras personas, complete, firme y envíe el formulario adjunto [Autorización para divulgar PHI](#).

La cobertura del plan HMO se ofrece a través de Florida Blue Medicare, Inc., que opera comercialmente como FHCP Medicare, una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. FHCP Medicare está administrada por Florida Health Care Plan, Inc.

Nombre del miembro: _____

N.º de expediente médico: _____

Inquietudes médicas actuales: _____

Proveedor de atención primaria (PCP)
(nombre, número de teléfono, ciudad y estado): _____

Última visita: _____

ESPECIALISTAS

(Nombre, especialidad, número de teléfono, ciudad y estado, hospital/afiliación de grupo):

Nombre	Especialidad	Teléfono	Ciudad/estado	Hospital/ afiliación de grupo

PRÓXIMOS PROCEDIMIENTOS o CITAS

Utilice la sección "NOTAS" de la página 4 si necesita más espacio.

Fecha	Proveedor	Procedimiento	Tipo de visita

VISITAS RECIENTES A LA SALA DE EMERGENCIAS O A UN CENTRO DE ATENCIÓN DE URGENCIA

(Fecha, nombre/ubicación de la sala o el centro, motivo de la visita):

Fecha	Nombre/ubicación	Motivo

**Para que FHCP pueda solicitar su expediente médico a un
proveedor fuera de la red, complete, firme y envíe el formulario
[Autorización para divulgar PHI.](#)**

Nombre del miembro: _____

N.º de expediente médico: _____

MEDICAMENTOS QUE TOMA ACTUALMENTE

(Nombre del medicamento, dosis, frecuencia, nombre del proveedor que lo recetó)

Si está presentando un formulario de transición de medicamentos, omita esta sección.

Indique si las muestras son gratuitas o están inscritas en programas de asistencia al paciente.

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia	Proveedor que lo recetó

Enumere todas las **ALERGIAS** junto con sus **REACCIONES**: _____

FARMACIAS A LAS QUE ACUDE ACTUALMENTE

(Nombre, ubicación y número de teléfono, muestras o programa de asistencia al paciente)

Farmacia/programa de asistencia al paciente/muestras de	Ubicación	Teléfono

EQUIPO MÉDICO DURADERO Y OTROS SUMINISTROS MÉDICOS

(Oxígeno, dispositivo de presión continua positiva, bomba de insulina, suministros de ostomía, etc.)

Incluya el nombre del proveedor y del médico que lo recetó.

Equipo médico duradero/suministros	Compañía/proveedor	Número de contacto	Proveedor que lo recetó

¿Corre el riesgo de quedarse sin medicamentos, equipo médico duradero o suministros médicos en un futuro cercano o poco después de la fecha de entrada en vigor de su plan de FHCP? SÍ NO

Si la respuesta es “SÍ”, indique el nombre del medicamento, el equipo médico o el suministro con la fecha aproximada en que se quedará sin ellos.

