



Formulario de solicitud de acompañante

El proveedor de atención médica debe completar este formulario para comunicar a Veyo cuando un miembro de HUSKY Health necesitar viajar con un asistente o un acompañante debido a una **condición física, mental o intelectual** que le impide al miembro viajar con seguridad por sí solo.

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO	
Primer nombre	Apellido
Número de Medicaid ID	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)

NECESIDAD MÉDICA DE COMPAÑÍA
<input type="checkbox"/> El miembro es médicamente capaz para viajar sin un acompañante <input type="checkbox"/> El miembro no es médicamente capaz para viajar sin un acompañante (si selecciona esta opción, por favor complete las preguntas 1-2 abajo)
1. Por favor, describa la condición o las condiciones médicas del miembro que requieren de la asistencia de un acompañante.
2. ¿El miembro necesita un acompañante para todas las citas médica o solamente para citas específicas (por ejemplo, diálisis)?

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA	
Primer nombre	Apellido
Nombre de la institución	Número de teléfono

- Por favor, asegúrese de que toda la información es correcta y está completa antes de firmar
- El Formulario de Referencia de Acompañante expira a los doce (12) meses desde la fecha de firma

Al firmar este formulario, reconozco que cualquier declaración hecha arriba en relación con la necesidad médica del miembro/acompañante es cierta y correcta, declaración que hago bajo pena de **Fraude Médico**.

X

Firma del proveedor

Fecha

Por favor, envíe el formulario completado por correo electrónico, correo o fax:

Correo electrónico: ctcc@veyo.com

Fax: 860-724-2159

Correo: Veyo

Atención: Coordinador Clínico

PO Box 1070

Windsor, CT 06095