

Formulario de modo médicamente apropiado



El proveedor de atención médica debe completar este formulario indicando el modo de transporte médicamente más apropiado para el miembro de HUSKY Health.

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

| | | | |
|--|---|--|---|
| Por favor, marque todas las casillas que son aplicables al miembro: | <input type="checkbox"/> Requiere oxígeno que es autoadministrado | <input type="checkbox"/> Pediátrico, Edad: _____ | <input type="checkbox"/> Tiene restricción para viaje compartidos |
| | <input type="checkbox"/> Viaja con un animal de servicio ADA | <input type="checkbox"/> Bariátrico, Peso: _____ Altura: _____ | Si se marca esta opción, explique las restricciones para viajes compartidos |
| | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas | <input type="checkbox"/> Equipo médico duradero | <input type="checkbox"/> Otro, por favor indique: _____ |

| ¿Cuál es la mejor opción de transporte para este miembro? | Diagnóstico / Necesidad médica |
|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Transporte público (seleccione si el miembro no tiene restricciones de transporte compartido y puede caminar 0.75 millas en cualquier momento) | |
| <input type="checkbox"/> Livery / IDP (seleccione si el miembro no puede tomar el transporte público, pero sí puede entrar/salir de un vehículo estilo sedan regular) | |
| <input type="checkbox"/> silla de ruedas (seleccione si el miembro requiere un vehículo con acceso para silla de ruedas) | |
| <input type="checkbox"/> BLS (seleccione si el miembro requiere Soporte Vital Básico (BLS, por sus siglas en inglés) durante el transporte) | |
| <input type="checkbox"/> ALS (seleccione si el miembro requiere Soporte Vital Avanzado (ALS, por sus siglas en inglés) durante el transporte) | |

| ¿Cuánto tiempo requerirá el miembro este nivel de servicio? | Información de soporte |
|---|---|
| _____ Semanas _____ Meses | Por favor, incluya cualquier información de soporte adicional que ayude a Veyo entender las circunstancias / necesidades médicas del miembro. |

| INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR | | |
|---------------------------|----------|----------------------------|
| Primer nombre | Apellido | Teléfono de la institución |

Entiendo que si he suministrado información falsa o intencionalmente omití información, puedo ser sometido a un juicio, criminal, civil o ambos. Certifico bajo pena de perjurio que, he obtenido la información en el formulario del paciente o de su representante, y que la información suministrada es correcta a mi leal saber y entender.

Por favor, envíe el formulario completado por correo electrónico, correo o fax:
 Correo electrónico: ctcc@veyo.com, o fax:
 860-724-2159, o correo: Veyo. Atención:
 Coordinador Clínico, PO Box 1070
 Windsor, CT 06095

X
 Firma del proveedor

 Fecha