

## Formulario de transporte especializado

Este formulario debe ser llenado por el hospital/instalación autorizada que está determinando la necesidad médica del transporte/nivel de servicio solicitado

INFORMACIÓN DEL PACIENTE																							
<b>Por favor, marque las casillas a continuación que apliquen al tipo de transporte solicitado</b> <input type="checkbox"/> Fuera del Estado <input type="checkbox"/> En el estado <input type="checkbox"/> Hospital/Proveedor en la frontera <input type="checkbox"/> Mayor nivel de servicio que el transporte público																							
Nombre del miembro:		Número de identificación de Medicaid:																					
Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA):	Edad:	Número de teléfono válido:																					
Dirección de recogida:		Dirección de destino:																					
Fecha del traslado:	Hora del traslado (si la sabe):	Detalles del traslado: <input type="checkbox"/> Solo ida <input type="checkbox"/> Ida y vuelta																					
Requerimientos de transporte:  <input type="checkbox"/> El paciente NO puede utilizar transporte público debido a una condición médica <input type="checkbox"/> El paciente está médicamente INCAPACITADO para caminar 4 cuadras <input type="checkbox"/> El paciente está médicamente INCAPACITADO para ser llevado por un amigo/familiar <input type="checkbox"/> El paciente está médicamente CAPACITADO para utilizar transporte público <input type="checkbox"/> El paciente requiere un vehículo para silla de ruedas <input type="checkbox"/> El paciente requiere un vehículo para camilla <input type="checkbox"/> El paciente requiere un vehículo Sedan <input type="checkbox"/> El paciente necesita acompañante para entrenamiento/participación en la atención médica <input type="checkbox"/> Sin carga múltiple/inmunosuprimido <input type="checkbox"/> Otras restricciones de carga múltiple: _____		Información de elegibilidad/autorización  <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>SÍ</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Servicio cubierto Medicaid</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Médicamente necesario/apropiado</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Notificación hecha a: (Nombre de ASO): _____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>El servicio que el paciente requiere no está disponible en el área</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Se requiere aprobación del Departamento de Seguro Social</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Paciente referido al proveedor más cercano disponible para su condición</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> Información Adicional:		SÍ	NO	Servicio cubierto Medicaid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Médicamente necesario/apropiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Notificación hecha a: (Nombre de ASO): _____			El servicio que el paciente requiere no está disponible en el área	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se requiere aprobación del Departamento de Seguro Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Paciente referido al proveedor más cercano disponible para su condición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SÍ	NO																					
Servicio cubierto Medicaid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
Médicamente necesario/apropiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
Notificación hecha a: (Nombre de ASO): _____																							
El servicio que el paciente requiere no está disponible en el área	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
Se requiere aprobación del Departamento de Seguro Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
Paciente referido al proveedor más cercano disponible para su condición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					

INFORMACIÓN DEL HOSPITAL/INSTALACIÓN AUTORIZADA		
Nombre completo:	Número de teléfono:	Número de buscapersonas:
Dirección de correo electrónico:	Información adicional (si la hay)/Justificación urgente:	PA#:

Para atención fuera del estado / nivel superior, envíela a: CTOutfState@veyo.com. Todas las demás solicitudes, por favor envíe un fax a 860-724-2159 o envíela a ctcc@veyo.com.



### Formulario de transporte especializado

RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR O INSTALACIÓN:				
Nombre de la instalación:		Nombre del médico:		Fecha:
Dirección de la instalación:		Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono del médico o instalación:		Motivo de la cita:	Código de diagnóstico:	
Motivo por el cual se solicita la autorización para transportar un miembro a un proveedor específico (marque TODOS los que correspondan): <input type="checkbox"/> Proveedor más cercano de CMAP (Medicaid) <input type="checkbox"/> Visita de seguimiento después de una cirugía <input type="checkbox"/> El paciente ha establecido una relación con el proveedor		Período anticipado de incapacidad a partir de la fecha de hoy: <input type="checkbox"/> 60 días <input type="checkbox"/> 90 días <input type="checkbox"/> 180 días		
(Por favor, indique el tipo de proveedor)		Información adicional (Incluyendo Altura/Peso para transporte de Silla de ruedas/BLS/ALS):		
<input type="checkbox"/> El servicio requerido por el paciente no está disponible en la zona <input type="checkbox"/> El departamento de Seguro Social aprobó esta atención <input type="checkbox"/> El proveedor se encuentra a más de 15 millas de la dirección de domicilio del miembro				

X

Firma del proveedor de atención médica con licencia

Nombre en letra legible

Fecha

PARA SER COMPLETADO POR VEYO				
Por favor, seleccione el nivel de servicio para el traslado: <input type="checkbox"/> Reembolso de millas <input type="checkbox"/> Transporte público <input type="checkbox"/> Paratrásito <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> Silla de ruedas <input type="checkbox"/> ALS <input type="checkbox"/> BLS				
Nombre del miembro:		Número de identificación Medicaid:	Fecha de traslado:	
Hora de recogida:	Hora de búsqueda (si es ida y vuelta):		Millas del traslado:	
Costo del traslado:	Proveedor asignado de transporte médico que no es de emergencia:		Número de teléfono del proveedor:	

X

Firma Aprobación Departamento de Seguro Social

Nombre en letra legible

Fecha

Contactos de revisión y aprobación del Departamento de Seguro Social

- \* Roderick Winstead, [roderick.winstead@ct.gov](mailto:roderick.winstead@ct.gov) (Aprobación)
- \* Theresa Rugens, [theresa.rugens@ct.gov](mailto:theresa.rugens@ct.gov) (Revisión)
- \* Srinivas Bangalore, [srinivas.bangalore@ct.gov](mailto:srinivas.bangalore@ct.gov) (Revisión)

Coordinadores clínicos de Veyo

- \* Arrika Denbin, RN, BSN, [adenbin@veyo.com](mailto:adenbin@veyo.com)
- \* Jaime Gallion, RN, BSN, [jgallion@veyo.com](mailto:jgallion@veyo.com)
- \* Marie Jackson, RN, BSN, [mjackson@veyo.com](mailto:mjackson@veyo.com)

AVISO DE PRIVACIDAD: Este mensaje, junto con los adjuntos, está destinado solo para el uso de la persona o entidad a la que se dirige. Puede contener información que es confidencial y queda prohibida su divulgación. Si usted no es el destinatario previsto, se le notifica que está estrictamente prohibida cualquier divulgación o copia de este mensaje o de cualquier archivo adjunto. Si recibió este mensaje por error, notifique al remitente original de inmediato por teléfono o por correo electrónico y elimine de su computadora este mensaje junto con los archivos adjuntos.  
 Última fecha de revisión: 06 de diciembre de 2018