

Un proveedor de atención médica certificado debe completar este formulario. El miembro debe asegurarse de que Veyo reciba este formulario.

Este formulario consta de cinco (5) partes:

	<b>Página</b>
<b>Parte A: información del miembro (obligatoria)</b> .....	<b>1</b>
<b>Parte B: información del centro para el miembro</b> .....	<b>1</b>
<b>Parte C: necesidades de transporte</b> .....	<b>1</b>
<b>Parte D: solicitud de extensión de millaje</b> .....	<b>2</b>
<b>Parte E: información adicional</b> .....	<b>2</b>

<b>Parte A: información del miembro (obligatoria)</b>			
Nombre	Fecha de nacimiento	Identificación de Medicaid	Número de teléfono
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Tipo de establecimiento <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Centro de enfermería especializada (SNF)/ centro residencial (complete la parte B) <input type="checkbox"/> Otro _____			

<b>Parte B: información del centro para el miembro</b>	
Nombre	Número de fax
Nombre del contacto	Número de teléfono directo del contacto

<b>Parte C: necesidades de transporte</b>	
Indique el medio de transporte más adecuado desde el punto de vista médico para el miembro.	
<input type="checkbox"/> Transporte público	<input type="checkbox"/> Transporte en silla de ruedas
<input type="checkbox"/> En automóvil con un amigo o familiar	<input type="checkbox"/> Transporte en silla de ruedas bariátrica
<input type="checkbox"/> Vehículo de alquiler o taxi médico	<input type="checkbox"/> Transporte en camilla
	<input type="checkbox"/> Transporte con soporte vital básico (BLS) o soporte vital avanzado (ALS)
¿El miembro tiene un proveedor preferido?	Nombre del proveedor preferido
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Código(s) de diagnóstico	Tipo de diagnóstico
	<input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Permanente
¿Tiene el miembro un trastorno de alguno de los siguientes tipos?	
<input type="checkbox"/> Muscular/motor	<input type="checkbox"/> Respiratorio
<input type="checkbox"/> Cardíaco	<input type="checkbox"/> Cognitivo/psicológico
	<input type="checkbox"/> Otro
	<input type="checkbox"/> N/C
Indique la necesidad médica que respalde la solicitud del medio de transporte. Registre todas las afecciones pertinentes.	
<b>El miembro no puede hacer lo siguiente:</b>	<b>El miembro requiere lo siguiente:</b>
<input type="checkbox"/> Utilizar el transporte público debido a una afección	<input type="checkbox"/> Terapia de oxígeno continua
<input type="checkbox"/> Ser transportado en automóvil por un amigo o familiar debido a una afección	<input type="checkbox"/> Control continuo de un técnico en emergencias médicas (EMT) o paramédico certificados
<input type="checkbox"/> Caminar	<input type="checkbox"/> Equipo de soporte vital durante el traslado
<input type="checkbox"/> Sentarse en una silla de ruedas	<input type="checkbox"/> Cuidado para restricciones médicas
<input type="checkbox"/> Soportar peso	<input type="checkbox"/> Escolta médica
<input type="checkbox"/> Trasladarse	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Otro _____	

**Declaración de certificación:** Esto es para certificar que el servicio, equipo o suministro solicitado está médicamente indicado y es razonable y necesario para el tratamiento de este paciente y que una orden firmada por el profesional que prescribe está en el archivo (si corresponde). Este formulario y cualquier declaración en mi membrete adjunto a este documento han sido completados por mí o por mi empleado y revisado por mí. La información anterior es verdadera, precisa y completa, y entiendo que cualquier falsificación, omisión u ocultación de un hecho material puede estar sujeto a responsabilidad civil y penal.

Un proveedor de atención médica certificado debe completar este formulario. El miembro debe asegurarse de que Veyo reciba este formulario.

**Información del miembro**

Nombre
--------

**Parte D: solicitud de extensión de millaje**

El transporte solicitado superará el millaje asignado para lo siguiente:	<input type="checkbox"/> Zonas urbanas (10 millas)	<input type="checkbox"/> Zonas rurales (20 millas)
--	--	--

Nombre del centro de destino	Número de teléfono
------------------------------	--------------------

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
-----------	--------	--------	---------------

Indique el motivo por el que la autorización solicitada para transportar al miembro o el reembolso del millaje correspondiente al viaje superan el millaje asignado.

<input type="checkbox"/> Proveedor del Programa de Asistencia Médica de Connecticut (CMAP) más cercano	<input type="checkbox"/> Tratamiento actual en curso (explique): _____
<input type="checkbox"/> Seguimiento luego de cirugía	_____
<input type="checkbox"/> El Departamento de Servicios Sociales (DSS) aprobó la atención	_____

**Parte E: información adicional**

Indique los detalles adicionales que sean relevantes para esta solicitud.

<input type="checkbox"/> El miembro solicita compañía para instrucción o participación en la atención médica	<input type="checkbox"/> Solicita no compartir el viaje/está inmunocomprometido (explique): _____
<input type="checkbox"/> El miembro es MENOR DE EDAD (tiene menos de 18 años)	<input type="checkbox"/> Información necesaria para respaldar la decisión (explique): _____

\_\_\_\_\_  
Firma del proveedor de atención médica certificado

\_\_\_\_\_  
Escriba el nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Teléfono/correo electrónico de contacto del proveedor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Envíe todas las solicitudes al número de FAX 860-724-2159 o al correo electrónico [ctcc@veyo.com](mailto:ctcc@veyo.com).**

**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)

Última fecha revisada: 19 agosto 2019