

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:

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

Parte A: información del miembro (obligatoria)			
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 _____			

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

Parte C: necesidades de transporte	
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.	
El miembro no puede hacer lo siguiente:	El miembro requiere lo siguiente:
<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

Nombre del centro de destino		Número de teléfono	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre del centro de destino		Número de teléfono	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre del centro de destino		Número de teléfono	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre del centro de destino		Número de teléfono	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
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"/> Seguimiento luego de cirugía <input type="checkbox"/> El Departamento de Servicios Sociales (DSS) aprobó la atención	<input type="checkbox"/> Tratamiento actual en curso (explique): _____ _____ _____
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------

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"/> El miembro es MENOR DE EDAD (tiene menos de 18 años)	<input type="checkbox"/> Solicita no compartir el viaje/está inmunocomprometido (explique): _____ _____ <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.

Coordinadores clínicos de Veyo
 Jaime Gallion, RN BSN, jgallion@veyo.com