

Permanente Advantage

Formulario de Transición de Cuidado de Miembros

Nuestro objetivo es hacer que su transición de cuidado sea lo más fácil posible. Por favor complete cada sección para que podamos servirle mejor. Una vez que recibamos su formulario, revisaremos la información y haremos que una transición del representante de atención o el gerente de casos de enfermera se ponga en contacto con usted en un plazo de cinco días hábiles. Esperamos ser su socio en salud.

Nota: Permanente Advantage proporciona revisión médica y gestión de casos solo para planes de punto de servicio (POS) de Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC), PPO y fuera de área (OOA).

SECCION 1

Nombre del empleador: _____ Fecha de cobertura: ____ / ____ / ____
Apellido del miembro: _____ Nombre del miembro: _____
Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Número de registro de salud: _____ Género: ☐ M ☐ F
Relación con el empleado: ☐ Self ☐ Autocónyuge/Pareja Doméstica ☐ Niño/Dependiente
Dirección: _____
Número de teléfono: _____ El mejor momento para llamar: _____

SECCION 2

Por favor, inuéntenos acerca de sus necesidades de atención médica respondiendo a las siguientes preguntas.

☐ Sí ☐ No ¿Estás embarazada? (Fecha de vencimiento: ____ / ____ / ____ Trimestre: ____ 1st ____ 2nd ____ 3rd)

En caso afirmativo, ¿se considera que su embarazo es de alto riesgo (nacimientos múltiples, gebetes, etc.)? Sí ☐ No ☐

☐ Sí ☐ No ¿Está programado para cirugía u hospitalización? Fecha programada: ____ / ____ / ____

Tipo de cirugía o procedimiento: _____

☐ Sí ☐ No ¿Está recibiendo quimioterapia, radioterapia, terapia oncológica o tratamiento de diálisis?

Tipo de tratamiento: _____

☐ Sí ☐ No ¿Está recibiendo tratamiento relacionado con una cirugía mayor reciente?

Tipo de cirugía o procedimiento: _____

☐ Sí ☐ No ¿Está recibiendo tratamiento de salud mental o tratamiento de abuso de sustancias?

☐ Sí ☐ No ¿Está utilizando actualmente equipo médico duradero (cama de hospital, oxígeno, etc.)?

☐ Sí ☐ No ¿Está siendo tratado actualmente con medicamentos de farmacia especiales (para afecciones como Esclerosis Múltiple, Trasplante de órganos, VIH, Hepatitis, Osteoporosis, Enfermedad Autoinmune, etc.)?

Condición que se está tratando: _____

SECCION 3

☐ Sí ☐ No ¿Está trabajando actualmente con un médico o un administrador de casos dedicado para su(s) condición(s)?

Médico o Caso

nombre del gerente: _____ Número de teléfono: _____

Especialidad: _____ Condición: _____

Permanente Advantage, LLC

Departamento de Gestión de Casos

8954 Rio San Diego Drive

Office 10R10

San Diego, CA 92108

Fax: 1-866-338-0266

Email: Permanente-Advantage@kp.org

Miembros de California
1-888-251-7052

Miembros de Colorado
1-888-525-1553

Miembros de Georgia
1-855-265-0311

Miembros de Hawaii
1-888-529-1553

Miembros de Mid-Atlantic
1-888-567-6847