TRANSICIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA

Group Health Cooperative
of South Central Wisconsin

Bienvenido a Group Health Cooperative de South Central Wisconsin (GHC-SCW). Independientemente de la clínica que elija, podemos ayudarlo con sus necesidades de atención médica durante este período de transición. Para facilitarle este proceso, por favor complete el siguiente formulario para cada persona de su familia cubierta por esta póliza. Si tiene alguna pregunta, por favor comuníquese con el Departamento de Administración del Cuidado al (608) 257-5294.

Envíe el formulario completo de una de estas tres maneras:

1. Guarde el formulario como archivo pdf y suba el formulario completo a www.ghcscw.com/members/new-ghc-scw-members/transition-your-care/
2. Envíe por fax los formularios completos al (**(608) 733-6316.**
3. Los formularios también se pueden enviar por correo a: **GHC-SCW Care Management, 1265 John Q Hammons Drive, Madison, WI 53717.**

*Para personas de 18 años en adelante, será necesario un formulario de divulgación de información para discutir asuntos de salud con los padres.

Nombre del Miembro Nuevo:	**Fecha de Nacimiento:**
Nombre del Padre/Madre (si aplica):	**Fecha de Nacimiento:**
Número telefónico:	**Mejor hora para ser localizado:**

Firma:_____ Fecha:_____

Por favor enumere las citas programadas previamente dentro de los 90 días posteriores al comienzo de la cobertura con GHC-SCW. Las citas con el proveedor de atención primaria y las citas iniciales con especialistas no son elegibles para la cobertura de transición de atención. Los servicios de la cobertura de transición de atención no están garantizados y deben ser un beneficio cubierto.

Tipo de cita	Fecha	Especialidad	Diagnóstico	Nombre del Especialista y Clínica

¿Utiliza algún equipo médico duradero? (por ejemplo, Máquina de Presión Positiva Continua (CPAP), bombas de infusión, prótesis)? Sí No

¿Recibe algún medicamento o infusión especial inyectable? Sí No

Por favor indique el nombre, la dosis y el proveedor que le prescribió **TODOS** los medicamento recetados que usa actualmente. Nuestro personal de farmacia revisará su lista y se comunicará con usted o trabajará con su proveedor para discutir cualquier posible problema de cobertura.

Medicamento	Dosis	Proveedor que Prescribió