**FORMULARIO DE REFERENCIA DE SALUD MENTAL [A blue and white logo

Description automatically generated](https://es.smartsheet.com/try-it?trp=27948&utm_language=ES&utm_source=template-word&utm_medium=content&utm_campaign=ic-Mental+Health+Referral+Form-word-27948-es&lpa=ic+Mental+Health+Referral+Form+word+27948+es)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FUENTE DE REFERENCIA** | | | | | | | |
| **AGENCIA** |  | | | **TELÉFONO** |  | | |
| **UBICACIÓN** |  | | | **CORREO ELECTRÓNICO** |  | | |
| **FORMULARIO COMPLETADO POR** | |  | **TELÉFONO** |  | | **DE LA AUTORIZACIÓN** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **AGENCIA RECEPTORA** | | | |
| **AGENCIA** |  | **TELÉFONO** |  |
| **UBICACIÓN** |  | **CORREO ELECTRÓNICO** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN DE CLIENTE** | | | |
| **APELLIDO** |  | **NOMBRE E INICIAL** |  |
| **FECHA DE NACIMIENTO** |  | **SEXO** |  |
| **N.º DE SEGURO SOCIAL** |  | **N.º DE MEDICAID** |  |
| **¿SE REQUIERE INTÉRPRETE?** |  | **IDIOMA REQUERIDO** |  |
| **NOMBRE DEL TUTOR** |  | **RELACIÓN CON EL TUTOR** |  |
| **DIRECCIÓN DEL CLIENTE** |  | **TELÉFONO CELULAR** |  |
|  | **TELÉFONO FIJO** |  |
|  | **TELÉFONO LABORAL** |  |
|  | **CORREO ELECTRÓNICO** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PRESENTAR INQUIETUDES/ COMENTARIOS** Adjunte hojas adicionales o documentación de respaldo según lo considere necesario. | | | |
| **MOTIVO DE LA REFERENCIA** |  | | |
| **¿EL PACIENTE CONOCE EL MOTIVO DE LA REFERENCIA? SI NO ES ASÍ, EXPLÍQUELO.** | | |  |
| **ESPECIALIDAD/SERVICIO SOLICITADO** | |  | |
| **COMENTARIOS ADICIONALES** |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN DEL SEGURO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **¿SE REQUIERE AUTORIZACIÓN?** | | | | |  | | | **SÍ** |  | **NO** | **N.º DE AUTORIZACIÓN** | |  | **N.º DE CONSULTAS** | |  | **FECHA DE VENC. DE LA AUTORIZACIÓN** | | |  |
|  | **PPO** |  | **HMO** |  | | | **OTRO** | | **PLAN DE SEGURO** | | |  | | | | | | | | |
| **ID DE SEGURO** | | |  | | | | | | **GRUPO MÉDICO** | | |  | | | | **N.º DE TELÉFONO** | | |  | |
| **NOMBRE DEL TITULAR DEL SEGURO** | | | | | |  | | | | | | **RELACIÓN CON EL PACIENTE** | | |  | | | **FECHA DE NACIMIENTO** | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **AGENCIA RECEPTORA | DOCUMENTACIÓN DE RECIBO** | | | |
| **MÉTODO DE ENTREGA** |  | **FECHA DE RECEPCIÓN** |  |

|  |
| --- |
| **RENUNCIA**  Todos los artículos, las plantillas o la información que proporcione Smartsheet en el sitio web son solo de referencia. Mientras nos esforzamos por mantener la información actualizada y correcta, no hacemos declaraciones ni garantías de ningún tipo, explícitas o implícitas, sobre la integridad, precisión, confiabilidad, idoneidad o disponibilidad con respecto al sitio web o la información, los artículos, las plantillas o los gráficos relacionados que figuran en el sitio web. Por lo tanto, cualquier confianza que usted deposite en dicha información es estrictamente bajo su propio riesgo. |