

## Solicitud de transición de atención de Providence

Nos alegra que nos haya elegido para su plan de salud. Complete los pasos a continuación para enviar su Solicitud de transición de atención.

### Descripción de transición de atención:

- Consideraciones para:
  - Miembros nuevos
  - Miembro con cambio en el plan o proveedores
- Empieza el primer día de la cobertura nueva

### Consideración de Solicitud de transición de atención:

- Se revisa caso a caso
- Las decisiones se basan en la necesidad médica y no garantizan el pago de los servicios
- El pago se basa en la elegibilidad y en los beneficios en el momento del servicio

### Cuándo usar la Transición de atención:

- Es un miembro nuevo de Providence
- Es un miembro actual con un cambio en su plan de seguros
- Necesita asistencia para la transición con sus proveedores con el plan de seguros nuevo

### Lista de verificación de documentos necesarios para revisar su solicitud de transición de atención:

- Formulario de cuestionario de transición de atención (completado por el miembro)
- Formulario de consentimiento para la divulgación de información (completado por el miembro)

Envíe los documentos a:

- Correo postal: 3601 SW Murray Blvd., Beaverton, OR 97005, Attn: Care Management
- Correo electrónico: [CareManagement@providence.org](mailto:CareManagement@providence.org)
- Fax: (503) 574-8171

### Enlaces útiles y números de teléfono:

- <https://www.ProvidenceHealthPlan.com/> - Sitio web de Providence
- <https://www.ProvidenceHealthPlan.com/FindAProvider> - Encuentre un proveedor
- <https://myprovidence.healthtrioconnect.com> - MyProvidence
- Administración de atención médica de Providence: (503) 574-7247 o 800-662-1121  
TTY: 800-735-2900
- Servicio de atención al cliente de Providence: (503) 574-7500 o 800-562-8964  
TTY: 800-735-2900
- De lunes a jueves de 8 a. m. a 6:30 p. m., viernes de 8 a. m. a 5:30 p. m.

## Cuestionario de transición de atención de Providence

*\*Complete el cuestionario para la persona con las necesidades de transición de atención\**

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

N.º de ID del miembro (si lo conoce): \_\_\_\_\_ Nombre del titular de la póliza (si es dependiente): \_\_\_\_\_

1. ¿Qué tipo de cobertura tiene?

- Medicaid       Medicare  
 Plan Individual  
 Empleador (especifique empleador): \_\_\_\_\_

2. ¿Es un miembro nuevo o actual?

- Nuevo       Actual

3. Si es actual, ¿ha tenido un cambio en los beneficios de su cobertura?

- Sí       No       No lo sabe

4. ¿Necesita ayuda para establecer la atención con proveedores nuevos?

- Sí       No       No lo sabe

5. ¿Alguno de sus proveedores actuales no están contratados por Providence?

- Sí       No       No lo sabe

6. ¿Tiene tratamientos programados previos a su incorporación al plan?

- Sí       No

Si la respuesta es sí, indique el procedimiento, fecha, centro, proveedor y número de teléfono del proveedor: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. ¿Necesita ayuda con alguna de las siguientes cosas?

- Salud conductual       Quimioterapia/Radioterapia  
 Consumo de sustancias       Trasplante  
 Embarazo       Equipos médicos  
 Otro: \_\_\_\_\_       Medicamentos

8. Indique el proveedor, la especialidad y el número de teléfono para cada afección que se esté tratando en este momento, los medicamentos actuales y el tipo de equipo y proveedor de suministros de equipo médico duradero:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. Cuéntenos más de su situación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Entregue el Cuestionario de transición de atención y el Formulario de consentimiento para la Administración de atención completados de una de las siguientes maneras:**

**Correo postal:** 3601 SW Murray Blvd.  
Beaverton, OR 97005  
Attn: Care Management

**Correo electrónico:** [CareManagement@Providence.org](mailto:CareManagement@Providence.org)

**Fax:** 503-574-8171



**AUTORIZACIÓN PARA USAR/DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA  
DIVULGACIÓN POR PARTE DE UN TERCERO AL PLAN DE SALUD DE PROVIDENCE  
ESTA AUTORIZACIÓN DEBE COMPLETARSE EN SU TOTALIDAD PARA TENER VALIDEZ**

Yo autorizo:

\_\_\_\_\_  
(Nombre del proveedor/persona/entidad que divulga información) (Dirección)  
a divulgar una copia de la información de salud específica descrita a continuación sobre:

**Nombre de la persona:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_  
al **Plan de Salud de Providence (PHP)** con el fin de coordinar la transición de mi atención al Plan de Salud de Providence. La información de salud específica a usar/divulgar consiste en *(Describir afección(es), tratamiento(s), fechas de servicio, etc.)*

Mi información de salud protegida incluye registros médicos, registros de atención de emergencia y de urgencia, estados de cuenta de facturación, informes de imagenología diagnóstica, informes de hospitales transcritos, notas de historias clínicas, informes de laboratorio, registros dentales, informes de patología, registros de fisioterapia, registros de hospital (inclusive registros de enfermería y notas de progreso) y cualquier información personal o médica relacionada con el fin de esta Autorización. La información obtenida con esta Autorización se usará únicamente con el fin definido anteriormente y estará limitada a la información mínima necesaria para lograr ese fin.

Si la información que fuera a divulgarse contuviera alguno de los tipos de registros o información que aparecen a continuación, se pueden aplicar leyes adicionales relacionadas con el uso y la divulgación de información. Entiendo y acepto que dicha información solo se revelará si coloco mis iniciales en el espacio correspondiente al lado del tipo de información que se incluirá en la divulgación

- Información de la prueba o resultado de VIH/SIDA y registros relacionados
- Información de salud mental
- Diagnóstico, tratamiento o información de remisión de drogas/alcohol
- Información de pruebas genéticas

**Entiendo que tengo derecho a negarme a firmar esta autorización. Si me niego a firmar esta Autorización, esto no afectará mi inscripción en el Plan de Salud de Providence ni mi elegibilidad para los beneficios.**

**Tengo derecho a revocar esta Autorización por escrito en cualquier momento. Si revoco mi Autorización, la información detallada anteriormente ya no será usada o revelada por las razones establecidas en esta Autorización escrita. No puede retirarse ningún uso o divulgación realizados con mi Autorización.**

**Para revocar esta Autorización, envíe una declaración por escrito a Providence Health Plan a P.O. Box 4327, Portland, OR 97208-4327 y declare que está revocando esta Autorización. Incluya una copia de la Autorización original si la tiene disponible. De lo contrario, incluya el nombre de la parte que recibe la información de salud protegida y la fecha de la Autorización.**

Entiendo que la información usada o revelada de acuerdo con esta Autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación y ya no encontrarse protegida por la ley federal. Sin embargo, también entiendo que la ley federal o estatal puede restringir la nueva divulgación de pruebas o resultados de VIH/SIDA, información de salud mental, información genética y diagnóstico, tratamiento o información de referencia de alcohol/drogas.

**A menos que la revoque, esta Autorización estará vigente hasta la/el siguiente (marque una opción):**

Fecha: \_\_\_\_\_ - O - Evento: \_\_\_\_\_

en cuyo momento caduca esta Autorización para usar o divulgar esta información de salud protegida. Además, esta Autorización caduca 24 meses a partir de la fecha de la firma. He revisado y comprendo esta Autorización.

**Por:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
**(Individuo)**

-O-

**Por:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
**(Representante del individuo)**  
**Relación con el miembro: Padre/madre                      Tutor legal\*                      Apoderado\***

\*Adjunte la documentación legal si es el tutor legal o apoderado