

# Formulario de solicitud de continuidad de la atención



Este formulario debe acompañar una solicitud de autorización previa (Prior Authorization, PA).

Puede adjuntarlo a su solicitud de PA o enviarlo a través del Portal seguro para proveedores.

\* Indica un campo obligatorio.

\* Marque una opción:  Solicitud de hospitalización  Solicitud de paciente ambulatorio

## Información del miembro

*Apellido, nombre	*ID de miembro	*Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)
-------------------	----------------	-----------------------------------

## Información médica

*Nombre del médico (apellido, nombre)		*NPI del proveedor/médico
*Nombre del centro		*NPI del centro
*Código del diagnóstico	*Código del procedimiento	*Fecha del servicio solicitado (MM/DD/AAAA)

## Información del solicitante

*Nombre de la persona que envía la solicitud (apellido, nombre)	*Número de teléfono	*Número de fax
---	---------------------	----------------

**Información clínica:** Complete esta sección o adjunte los expedientes médicos según sea necesario.

* ¿Cuál es la condición médica actual del paciente?
* ¿Es aguda, crónica, terminal, relacionada con el embarazo o posquirúrgica?
* ¿El paciente está actualmente bajo tratamiento activo?
* ¿Qué tipo de tratamiento se está proporcionando (p. ej., quimioterapia, diálisis, terapia conductual)?
* ¿Cuándo comenzó el tratamiento y cuál es la duración prevista?

► **Complete este formulario y envíelo por fax a: 1-866-884-9580.**