

Formulario de Solicitud en la Continuidad en la Atención

Si está recibiendo tratamiento de un proveedor anterior que ha finalizado su contrato con la red de True Health New Mexico, usted podrá solicitar permanecer temporalmente con su actual proveedor. Esto se llama Continuidad en la Atención. Para solicitar Continuidad en la Atención, complete este formulario.

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Nombre del miembro	Identificación del miembro	Nombre del empleador
Dirección del hogar	Ciudad/Estado/Código postal	Fecha de inscripción del empleado
Teléfono de la casa/Teléfono celular	Fecha de nacimiento del miembro (dd/mm/aaaa)	

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

Nombre de centro médico		
Nombre del proveedor de atención médica		Número telefónico
Especialidad del profesional de atención médica		
Diagnóstico		
Fecha de admisión (si aplica)	Fecha de cirugía (si aplica) (dd/mm/aaaa)	Tipo de cirugía
Motivo de la solicitud de continuidad en la atención/tratamiento que recibe/duración estimada		

Por la presente autorizo al profesional de atención médica arriba mencionado para ofrecer a True Health New Mexico cualquier y toda información y registros médicos necesarios para tomar decisiones bien fundamentadas con respecto a mi solicitud de Beneficios de Transición en la Atención/ Continuidad en la Atención bajo True Health New Mexico. Comprendo que tengo derecho a recibir una copia de este formulario de autorización.

Firma del miembro, padre, o tutor	Fecha (dd/mm/aaaa)
-----------------------------------	--------------------

Entregar solicitud a:

 True Health New Mexico
 2440 Louisiana Blvd. NE, Ste. 601
 Albuquerque, NM 87110

OR

 True Health New Mexico
 Fax: 1-866-628-3047

 Attn: Departamento de Gestión de Casos/Transiciones
 Teléfono: 1-844-691-9984