

¿Quién necesita completar este formulario? Los miembros recientemente inscritos en True Health New Mexico que reciben tratamiento médico actual con un proveedor no participante necesitan completar este formulario y entregarlo a True Health New Mexico. Además usted tiene la opción de llenar este formulario en línea con una encuesta segura en: <https://www.research.net/r/THNM-TOC>. True Health New Mexico utiliza una plataforma y un vendedor de encuestas en conformidad con HIPAA para recopilar sus respuestas personales.

Nombre del miembro	Identificación de 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)

- ¿Se encuentra embarazada el miembro o en el segundo o tercer trimestre de embarazo?
Fecha estimada de parto: ___/___/___ (dd/mm/aaaa) Sí No
- Si la respuesta es sí, ¿se considera riesgoso el embarazo? (ej., nacimientos múltiples, diabetes gestacional, etc.) Sí No
- ¿Recibe actualmente el miembro tratamiento para una condición aguda? Sí No
- ¿Tiene programado el miembro una cirugía u hospitalización luego de la fecha efectiva con True Health New Mexico? Sí No
- ¿Se encuentra el miembro en el curso de un tratamiento de quimioterapia, radioterapia, terapia contra cáncer o cuidado terminal? Sí No
- ¿Recibe el miembro tratamiento como resultado de una cirugía de importancia reciente? Sí No
- ¿Se encuentra el miembro recibiendo tratamientos de diálisis? Sí No
- ¿Es el paciente un candidato para un trasplante de órgano o de médula ósea? Sí No
- ¿Recibe el miembro tratamiento de salud mental/abuso de sustancias? Sí No
- ¿Se espera que este paciente esté en el hospital cuando la cobertura de True Health New Mexico inicie o durante los próximos 30 días? Sí No

Si usted no responde "sí" a ninguna de estas preguntas, describa la condición por la que el miembro solicita Transición en la Atención/Continuidad en la Atención y/o enumerar cualquier otra necesidad de atención continua que pueda hacerlo calificar para cobertura de Transición en la Atención/Continuidad en la atención:

Completar la información de profesional de salud que se solicita a continuación:

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 transición 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)

continua en página siguiente

Entregar solicitud a:

True Health New Mexico

Attn: Departamento de Gestión de Casos/Transiciones

2440 Louisiana Blvd. NE, Suite 601

Albuquerque, NM 87110

Teléfono: 1-844-691-9984

○

True Health New Mexico

Fax: 1-866-628-3047

Debido a que este proveedor no ha sido contratado ni han sido verificadas sus credenciales por parte de True Health New Mexico, no podemos garantizar que la formación, capacitación y experiencia del proveedor cumplan con las normas generalmente aprobadas de práctica médica o con requisitos de True Health New Mexico. El propósito de este programa de Transición en la Atención es permitirle a usted que continúe recibiendo tratamiento continuo de su proveedor actual para una condición médica específica durante un período de tiempo definido. Si en algún momento durante el período de Transición en la Atención, usted prefiere ver a un proveedor acreditado por True Health New Mexico, comuníquese con nosotros para recibir más indicaciones.