



## FORMULARIO DE REMISIÓN GESTIÓN DE ATENCIÓN AUMENTADA (ECM, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

<b>INFORMACIÓN DEL MIEMBRO</b>		
<i>Por favor escriba en letra de molde o a máquina</i>		
Apellido: _____	Primer nombre: _____	Fecha: _____
Dirección postal: _____	Ciudad: _____	Código postal: _____
Identificación de Medi-Cal: _____	Teléfono: _____	Fecha de nacimiento: _____
Idioma de preferencia: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____		

<b>INFORMACIÓN DE LA FUENTE DE LA REMISIÓN</b>	
Apellido: _____	Primer nombre: _____
Dirección postal: _____	Ciudad: _____ Código postal: _____
Teléfono: _____	Correo electrónico: _____
<b>RELACIÓN CON EL MIEMBRO</b> <input type="checkbox"/> Uno mismo <input type="checkbox"/> Padre, madre / Tutor <input type="checkbox"/> Familiar / Amigo <input type="checkbox"/> Proveedor de Atención Primaria (PCP) <input type="checkbox"/> Proveedor de ECM <input type="checkbox"/> Proveedor de otro servicio <input type="checkbox"/> Personal de GCHP <input type="checkbox"/> Organización comunitaria (CBO)	
<b>MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO:</b> <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo postal	
<b>ORGANIZACIÓN QUE REMITE</b> (si aplica): _____	
<b>¿SE LE HA INFORMADO AL MIEMBRO QUE SE HA ENVIADO UNA REMISIÓN?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

<b>MOTIVO DE LA REMISIÓN (MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN)</b>		
Todas las edades	Adultos (mayores de 21 años)	Niños / Jóvenes (menores de 21 años)
<input type="checkbox"/> Sin hogar o en riesgo de quedarse sin hogar <input type="checkbox"/> Enfermedad mental grave <input type="checkbox"/> Trastorno por consumo de sustancias <input type="checkbox"/> 3 o más visitas a la Sala de Emergencias en 12 meses <input type="checkbox"/> 2 o más hospitalizaciones o estancias en centros de enfermería no programadas en 12 meses <input type="checkbox"/> Diagnóstico de discapacidad intelectual o del desarrollo	<input type="checkbox"/> Personas que hacen la transición desde estar encarceladas <input type="checkbox"/> Residentes en centros de enfermería para adultos que hacen la transición a la comunidad <input type="checkbox"/> Adultos que viven en la comunidad en riesgo de institucionalización en cuidados a largo plazo	<input type="checkbox"/> Involucrados con la justicia (en transición desde centro correccional o relacionados con servicios de libertad condicional) <input type="checkbox"/> Niños y jóvenes inscritos en CCS con necesidades adicionales más allá de la condición de CCS <input type="checkbox"/> Niños y jóvenes relacionados con servicios de bienestar infantil

<b>MOTIVO DE LA REMISIÓN</b>	
¿Cuál es su preocupación?	
Desenlace o resultado esperado:	
Información adicional:	