

Western Highlands Network

Asignación de la responsabilidad del caso / Primer Respondedor

El propósito de este formulario es confirmar la asignación de la responsabilidad de asunto/1st responder y liberación de información con respecto a la elegibilidad para los servicios. Este formulario **debe acompañar a** la introducción, la completa o la base de beneficio de PCP, formulario de admisión de consumidor de LME y descarga, una hoja de cálculo IPRS desde el nuevo proveedor, el STR y la descripción de problemas del clínico consumidor (DCCI) **a menos que la información que se hace referencia se introduce por el proveedor directamente a través de CCIS.** Hace de esta forma **no** constituye el consentimiento para el tratamiento, que **debe** ser obtenido por el **nuevo** proveedor antes de que los servicios son ofrecidos.

NUEVO PROVEEDOR! Por favor recuerde: proteger y garantizar el consumidor no es mover a un nivel inferior de la atención y perder conexión con médicos de los médicos y medicamentos. Esto significa que el **nuevo** proveedor **debe ser** responsable de los medicamentos.

Por favor la siguiente información de **PRINT**.

Apellido Legal del consumidor nombre legal medio inicial Nombre antes de la unión (requerido)
hembra, poner el último nombre si no aplicable o desconocido)

_____/_____/_____
Fecha de nacimiento número de seguro social WHN consumidor ID # _____
Fecha de admisión de Agencia

Condado de estado

Solicitud que _____ mis servicios/admite ser proporcionados
Consumidor o Guardian (si es de consumidores menores de 18 años y/o)

por _____
Nuevo Nombre de proveedor/organismo

Dirección de correo electrónico del proveedor: _____

Autorización de versión

CONSUMIDOR: Al firmar este formulario, entiendo que mi anterior proveedor responsable caso ya no es responsable de mi atención médica. Autorizo Western Highlands red a revelar, lanzamiento y compartir información con la Agencia enumerada anteriormente, con el propósito de la elegibilidad de coordinación de atención médica, servicios y beneficios, incluyendo la información relacionada con la información de uso indebido de alcohol o drogas de acuerdo con las regulaciones federales (42 CFR parte 2) o información acerca de las enfermedades transmisibles, además de los nombres de las agencias de tratamiento anterior. Autorizo a red de tierras altas occidentales para proporcionar mi agencia responsable de caso anterior con información desde o una copia de este formulario.

Entiendo que esto **no** me prohíbe transferir a los proveedores a través de la red de tierras altas occidentales en el futuro.

Firma del consumidor (Guardian si el consumidor es menor de 18 años) Date

Nuevo Clínica de proveedor y título (imprimir y firmar) Date

Nuevo Proveedor / nombre de la Agencia (por favor imprimir) teléfono de proveedor #

Este formulario es a cumplimentar por el consumidor o guardián y el **nuevo** proveedor en su primera reunión con ese **nuevo** proveedor. El **nuevo** proveedor se envía por correo o por fax el formulario a tierras altas occidentales con los trámites necesarios para que el caso de activos en el sistema WHN para el **nuevo** proveedor. Un **consentimiento escrito para la Versión de información** debe ser entregado al proveedor primero a fin de obtener pasado información de tratamiento/admite.

Correo a:
Western Highlands Network
356 Biltmore Ave.
Asheville, NC 28801

OR

Fax to:
a.) Unidad de acceso/UM en **828-225-2782** (con solicitud de autorización inicial, PCP, LCAD, DCCI y IPRS de hoja de cálculo).
b.) 828-225-2797 (si los trámites de admisión directamente codificados por el proveedor a través CCIS).