

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	inicial medio	Nombre antes de la unión (requerido) <i>hembra, poner el último nombre si no aplicable o desconocido</i>	
_____/_____/_____	_____	____-____-_____	_____	_____
Fecha de nacimiento	Género	número de seguro social	WHN consumidor ID #	Condado de Estado

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

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 Western Highlands Network para proporcionar mi agencia responsable de caso anterior con información desde o una copia de este formulario. Un **consentimiento escrito para la Versión de información** debe ser entregado al proveedor primero a fin de obtener pasado información de tratamiento/admite.

Entiendo que esto **no** me prohíbe transferir a los proveedores a través de Western Highlands Network en el futuro.

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

Fecha de Firma

Nuevo Clínica de proveedor y título (imprimir y firmar)

Fecha

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

teléfono de proveedor #

Correo a:

OR

FAX a:

Western Highlands Network
356 Biltmore Ave.
Asheville, NC 28801

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).