

Western Highlands: Formulario de registraci3n para afiliados de Medicaid para consumidores de beneficios b3sicos no administrados y consumidores de Medicaid internados en hospitales

- Beneficios b3sicos no administrados**
- Internaci3n en hospitales**

Para ser completado durante la primera cita en persona, cuando se determine que el consumidor recibir3 servicios de este prestador. El prop3sito de este formulario consiste en registrar a los consumidores de Medicaid en Western Highlands mientras reciban servicios de beneficios b3sicos no administrados o bien, mientras ocupen plazas en hospitales, con el objetivo de divulgar informaci3n con respecto a la elegibilidad de los servicios. Este formulario **se debe enviar a Western Highlands Network (WHN) para que los prestadores puedan facturar sus servicios a Western Highlands.** Este formulario **no** expresa el consentimiento del paciente para recibir tratamiento. El **nuevo** prestador **debe** obtener dicho consentimiento antes de que el paciente reciba los servicios.

S3RVASE COMPLETAR A M3QUINA O ESCRIBA EN LETRA IMPRENTA LEGIBLE

_____ Apellido legal del consumidor		_____ Primer nombre legal		_____ Inicial del segundo nombre		_____ Nombre de soltera (si es mujer)			
____/____/____ Fecha de nacimiento		_____ Sexo		____ - ____ - ____ N3mero de Seguro Social		_____ N.º de ID de consumidor en WHN (si lo conoce)		_____ Condado de residencia	
____/____/____ Fecha en la cual el consumidor recib3 servicios por primera vez						_____ N.º de consumidor en Medicaid			

Yo, _____ solicito que mis servicios o apoyos sean suministrados
Nombre del consumidor o tutor (en caso de que el consumidor sea menor de 18 a3os)

por _____
Nombre del **nuevo** prestador o agencia

Direcci3n de correo electr3nico del prestador: _____
(Recibir3 por correo electr3nico el N.º de ID de consumidor en WHN a los efectos de la facturaci3n.)

Autorizaci3n para la divulgaci3n de informaci3n

CONSUMIDOR: Por la presente autorizo a Western Highlands Network a revelar, divulgar o compartir informaci3n con el prestador mencionado anteriormente, y esto incluye informaci3n relacionada con el consumo de alcohol o drogas, conforme a la reglamentaci3n federal (T3tulo 42 CFR, Parte 2) o informaci3n relacionada con enfermedades transmisibles, junto con los nombres de las agencias de tratamiento que me brindaron sus servicios anteriormente. Tambi3n autorizo por la presente a que Western Highlands Network notifique a mi prestador anterior acerca de la informaci3n que figura en este formulario o le suministre una copia del mismo. Este formulario no expresa mi consentimiento para la divulgaci3n de la informaci3n en los registros de otros prestadores.

Comprendo que este procedimiento **no** me limita a cambiar de prestador a trav3s de Western Highlands Network en el futuro.

_____ Firma del consumidor (firma del tutor en caso de que el consumidor sea menor de 18 a3os)	_____ Firma	_____ Fecha
---	----------------	----------------

_____ M3dico cl3nico y cargo	(Escribir en letra imprenta y firmar.)	_____ Fecha
---------------------------------	--	----------------

_____ Nombre del prestador o agencia (Escribir en letra imprenta.)	_____ N.º de tel3fono del prestador
---	--

Enviar por fax al n3mero: **828-225-2797** Enviar por correo postal a: Western Highlands Network – Access/UM
356 Biltmore Avenue
Asheville, NC 28801