

**2017 FORMULARIO DE REFERENCIA
PARA EL PROGRAMA DE SALUD PARA LOS TRABAJADORES AGRICOLAS DE
LA REGION DEL VALLE DEL RIO CONNECTICUT**

¿La referencia es urgente?

Número: **17-**

Sí No

SECCIÓN I: Información de Paciente

Número de teléfono celular (obligatorio): (____) _____ - _____
¿Su teléfono es pre-pagado o compartido? Sí _____ No _____
Sí es, escriba otro número: (____) _____ - _____

_____/_____/_____
Apellido(s) Primer Nombre Segundo Nombre FDN (mes/día/año)

Dirección Ciudad Estado Código Postal

SECCIÓN II: Información de Centro de Salud

¿Adónde se refiere el paciente? _____

Origen de cita/referencia: _____

Atención necesaria: Médico Dental* Optometría, CPT: _____ ICD: _____
 Laboratorio Radiografía Oftalmología, CPT: _____ ICD: _____
 Salud Mental/Servicios de drogadicción Especialista, especifique: _____

* No incluye la prótesis dental o el implante dental

Fecha de cita: _____

SECCIÓN III: Información de quién pide la referencia

AUTORIZACIÓN: Autorizo por este medio el acceso a mi información de salud protegida (ISP) y el uso subsecuente de todos los expedientes de esta visita a la Liga de Centros de Salud Comunitarios de Massachusetts, CRVFHP, su fuente de financiamiento, y al referido proveedor de servicios de salud; el propósito de esta autorización es apoyar y documentar asistencia médica y/o procesar pagos a los trabajadores migratorios y estacionales y a sus dependientes que se han apoyado directamente e indirectamente a través del valle de CRVFHP y/o fondos de alcance en 2017.

Firma de Paciente (o el guardián): _____ Fecha de referencia: ____/____/____

Firma de Proveedor: _____ (escrito): _____

Agencia: _____ Fecha de referencia: ____/____/____

2017 FORMULARIO DE REFERENCIA PARA EL PROGRAMA DE SALUD PARA LOS TRABAJADORES AGRICOLAS DE LA REGIÓN DEL VALLE DEL RIO CONNECTICUT

El Proceso de completar el Formulario de Referencia para UConn:

En el caso de que UConn no es capaz de proveer la atención médica necesaria a un trabajador agrícola o estacional, se puede hacer una referencia a un centro de salud participativo en el CRVFHP al:

- Entregar a cada visita el formulario de referencia de CRVFHP a la Liga de los Centros de Salud de Massachusetts
- Entregar a cada visita el formulario de referencia de CRVFHP al centro de salud participativo en el CRVFHP

El Proceso de completar el Formulario de Referencia para los Centros de Salud que participan en el CRVFHP:

En el caso de que un centro de salud que participa en el CRVFHP determina que no es capaz de proveer la atención médica necesaria a un trabajador agrícola, se puede hacer una referencia a un proveedor externo para los servicios médicos especiales al:

- Entregar a cada visita el formulario de referencia de CRVFHP a la Liga de los Centros de Salud de Massachusetts
- Establecer un contrato con el proveedor externo que explica en detalle los servicios médicos especiales por los cuales puede ser pagados
- Aceptar los formularios de reclamo del proveedor externo para los servicios médicos especiales
- Aceptar la condición de reembolsar al proveedor externo no más del precio máximo que es pagado por Medicaid para los servicios médicos, dentales, y salud mental
- Revisar los formularios de reclamo para asegurar la precisión antes de solicitar fondos del CRVFHP

Por favor, NO ENTREGUE FORMULARIOS INCOMPLETOS. Éstos serán devueltos sin procesar.

Instrucciones para completar el Formulario de Referencia:

1. **Para UConn:** Complete todas las secciones de este formulario, guarde la copia rosada, y envíe la copia amarilla al centro de salud participativo en el CRVFHP.

O

Para los Centros de Salud participativos en el CRVFHP: Complete todas las secciones de este formulario, guarde la copia amarilla, y envíe la copia rosada al UConn.

2. **Tome Nota:** Si el proveedor del centro de salud participante refiere a un paciente a otro proveedor médico, no asociado con el centro de salud, tiene que proveer el nombre del lugar/proveedor en Sección II. Además, hay que entregar un documento que contiene los servicios ofrecidos y los gastos, las fechas de cita, y una copia del formulario de referencia para confirmar la cita.
3. Envíe la copia blanca de este formulario (y el Formulario de Registración para 2017) a través de correo electrónico cifrado o correo a:

Massachusetts League of Community Health Centers
Attention: CRVFHP
40 Court Street, 10th Floor
Boston, MA 02108

TODO TIPO DE DOCUMENTACIÓN CON INFORMACIÓN PRIVADA QUE SE ENVÍA AL CRVFHP DEBE SER INDICADO “CONFIDENCIAL”.