

Plan de Salud del Comportamiento de Idaho

Formulario de remisión al Programa de Coordinación de Cuidados Intensivos (ICC)

Este formulario de remisión se puede usar para adultos y jóvenes en el Plan de Salud del Comportamiento de Idaho (Idaho Behavioral Health Plan, IBHP).

Fecha de remisión:			
N.º de Id. de Medicaid:			
Nombre de la fuente de remisión:			
N.º de teléfono de la fuente de remisión:			
Nombre del miembro:			
Fecha de nacimiento del miembro:			
Nombre del padre/madre/tutor:			
Número de teléfono del padre/madre/tutor:			
Correo electrónico del padre/madre/tutor:			
Diagnóstico del DSM-5 (si se conoce):		Puntuación CANS:	
Sistemas conectados (<i>Seleccione todos los que correspondan</i>):			

<input type="checkbox"/> Escuela (IEP, Plan 504, Asistencia, Comportamientos) <input type="checkbox"/> Departamento Correccional/Departamento Correccional de Menores <input type="checkbox"/> Derivación o libertad condicional	<input type="checkbox"/> IDHW – Bienestar infantil <input type="checkbox"/> Discapacidades del Desarrollo para Niños <input type="checkbox"/> Hospitalización reciente <input type="checkbox"/> Servicios recientes de la sala de emergencias/departamento de emergencias o de crisis	<input type="checkbox"/> Servicios intensivos basados en la comunidad y en el hogar <input type="checkbox"/> Hospitalización parcial/Programa intensivo para pacientes ambulatorios <input type="checkbox"/> Coordinación integral de la atención
<p><i>Cuéntenos brevemente el motivo de la remisión:</i></p>		

Una vez completado, este formulario se puede enviar por los siguientes métodos:

- **Fax: 1-888-656-2709**
- **Correo electrónico: IBHPClinical@magellanhealth.com**
- **Teléfono: 1-855-202-0983**