

## Formulario de solicitud de administración de casos para el miembro

El formulario debe ser completado por la persona que se remita a Administración de casos, Continuidad del cuidado o Coordinación de cuidados.

Nombre del miembro: _____	Fecha de nacimiento del miembro: _____
Núm. de teléfono del miembro: _____	Núm. de certificado: _____
Nombre de la persona que presenta el formulario (si es un tercero): _____	
Núm. de teléfono del remitente: _____	
Fecha solicitada para administración de casos: _____	
<b>Motivo de la solicitud de administración de casos</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Obstetricia de alto riesgo, edad gestacional de menos de 35 semanas</b>	
<input type="checkbox"/> Hipertensión arterial inducida por el embarazo	
<input type="checkbox"/> Diabetes que requiere insulina	
<input type="checkbox"/> Antecedentes de trabajo de parto prematuro, nacimiento antes de las 35 semanas en dos o más embarazos	
<input type="checkbox"/> Problemas de tipo social confirmados (abuso doméstico, depresión) con planes de continuar el embarazo	
<input type="checkbox"/> Obesidad con un índice de masa corporal (BMI) superior a 35	
<input type="checkbox"/> Abuso de sustancias en la actualidad (incluso tabaquismo o consumo de alcohol); tipo: _____	
<input type="checkbox"/> Problemas en el cuello uterino	
<input type="checkbox"/> Cerclaje (fecha de realización): _____	
<input type="checkbox"/> Problemas con la placenta	
<input type="checkbox"/> Náuseas y vómitos agudos con pérdida de peso de 10 libras o más durante el embarazo	
<input type="checkbox"/> Otro (especifique la afección de alto riesgo): _____	
<input type="checkbox"/> <b>Trasplante</b>	
<input type="checkbox"/> Tipo: _____	
<input type="checkbox"/> <b>Casos catastróficos (adulto o niño)</b>	
<input type="checkbox"/> Diagnósticos complejos o catastróficos que requieren la coordinación de cuidados, conexión con los servicios o coordinación de los beneficios	
<input type="checkbox"/> Múltiples problemas de tipo social (abuso doméstico, alimentos, transporte) que impiden el acceso a los cuidados apropiados	
<input type="checkbox"/> Afecciones crónicas que derivaron en:	
<input type="checkbox"/> Tres o más hospitalizaciones en los últimos seis meses	

**www.HealthyBlueSC.com**

BlueChoice HealthPlan es un licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. BlueChoice HealthPlan tiene un contrato con Amerigroup Partnership Plan, LLC, una compañía independiente, para obtener servicios de asistencia para la administración de Healthy Connections.

Para denunciar un fraude, llame a la línea directa y confidencial para casos de fraude al 1-877-725-2702. También puede llamar a la línea directa para casos de fraude del South Carolina Department of Health and Human Services al 1-888-364-3224 o enviar un correo electrónico a [fraudres@scdhhs.gov](mailto:fraudres@scdhhs.gov).

Una herida que no cura y que requiere tratamiento activo durante más de tres meses

**Enfermedad renal en etapa terminal**

Hemodiálisis

Diálisis peritoneal

**VIH/SIDA**

VIH

SIDA

**Servicios de continuidad del cuidado (cambio del seguro o rescisión del contrato del doctor)**

¿Necesita que los servicios continúen? \_\_\_\_\_

Afección aguda o crónica que requiere la continuidad de los cuidados para finalizar un curso de tratamiento

Enfermedad terminal

Embarazo

Cirugía

Recién nacido (nacimiento a 36 meses)

Información adicional o comentarios:

\_\_\_\_\_

**Coordinación de cuidados (marque las opciones que correspondan a su caso)**

No siempre toma sus medicamentos como se le indicó

No sigue el plan de tratamiento

Necesita servicios o asistencia para salud del comportamiento

Cree que hay deficiencias en el cuidado

No siempre concurre a las citas o cuidado de control.

Ha estado en la sala de emergencias (ER) con frecuencia

No comprende los beneficios de su plan.

Tiene un problema con el abuso de drogas

Necesita ayuda para encontrar un proveedor especialista

Otro: \_\_\_\_\_

Información adicional o comentarios:

\_\_\_\_\_

¿Qué cree que la Administración de casos puede hacer para ayudarlo a obtener un mejor cuidado de la salud?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Adjuntó registros médicos a esta solicitud?  Sí  No