

## FORMULARIO DE SOLICITUD PARA LA TRANSICIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Utilice este formulario para informar a GPA HealthWatch sobre cualquier miembro que reciba atención médica continua, como procedimientos programados, o que necesite asistencia de un gestor de casos durante el período de transición a un plan de salud nuevo. Complete en su totalidad este formulario y el formulario de entrega de información médica y envíelos a [toc@gpatpa.com](mailto:toc@gpatpa.com).

<b>Información del empleado</b>			
Nombre (nombre, apellido)			
Nombre del grupo del empleador			
Otro número de ID		Fecha de nacimiento	
<b>Información del paciente</b>			
Nombre (nombre, apellido)			
Otro número de ID		Fecha de nacimiento	
Número de teléfono		Mejor hora para llamar	
Correo electrónico		Método de contacto preferido	
<b>Proveedor que brinda tratamiento</b>			
Nombre (nombre, apellido)			
Dirección			
Número de teléfono			
Siguiete cita programada			
<b>Proveedor que brinda tratamiento</b>			
Nombre (nombre, apellido)			
Dirección			
Número de teléfono			
Siguiete cita programada			
<b>Proveedor que brinda tratamiento</b>			
Nombre (nombre, apellido)			
Dirección			
Número de teléfono			
Siguiete cita programada			
<b>Institución</b>			
Nombre			
Dirección			
Número de teléfono:			
<b>Diagnósticos actuales:</b>			
<b>Procedimientos programados y planificados:</b>			
<b>Medicamentos recetados y de venta libre actuales:</b>			
<b>Indíquenos por qué quiere ayuda con la atención médica actual que recibe. Incluya detalles y otras necesidades especiales o comentarios:</b>			

Envíe este formulario a [toc@gpatpa.com](mailto:toc@gpatpa.com)

GPA HealthWatch revisará su solicitud y su plan de salud para la transición de servicios de salud. Si tiene preguntas, comuníquese con Diana Castro, supervisora de Revisión de Beneficios, al 972-744-2342 o con Randall Johnson, gerente de HealthWatch, al 972-744-2333.



**Group & Pension Administrators**

Park Central 8, 12770 Merit Dr. Suite 200, Dallas, Texas 75251 ♦ 800-827-7223 ♦ <https://www.gpatpa.com/healthwatch.php>

**FORMULARIO DE ENTREGA DE INFORMACIÓN MÉDICA**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Nombre del tarjetahabiente: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

HealthWatch es el departamento de revisión de utilización de servicios, gestión de casos y gestión de enfermedades de Group & Pension Administrators. Con el fin de brindarle una ayuda eficaz en sus esfuerzos de mejorar su salud, necesitare información sobre sus antecedentes médicos.

**Entrega de información médica**

Por el presente doy mi autorización para la entrega, tanto de forma verbal como escrita, de mis historias clínicas, lo que incluye diagnósticos para tratamiento, registros de diagnóstico, resultados de análisis de laboratorio y demás información que se encuentre en mi historia clínica, a GPA HealthWatch. Comprendo que GPA HealthWatch usará estos registros para evaluar las necesidades del programa en relación con mi salud y que puede enviarlos a médicos o a otros proveedores de atención médica para que los revisen en relación con el proceso de notificación o de gestión de casos.

**Al firmar este formulario de entrega, doy mi consentimiento para la inscripción en el Programa de Coordinación de Atención Médica de HealthWatch.**

Firma del paciente/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Este formulario de entrega estará en vigor durante un año después de la fecha de la firma y aplica para:

- Todos los médicos y especialistas que le brinden tratamiento actualmente (médico y/o mental).
- Los familiares que se indican: \_\_\_\_\_

**Complete la siguiente información:**

Su nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_  
Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_  
Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Nombre del contacto para emergencias \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Número de contacto para emergencias: \_\_\_\_\_

**Envíe este formulario a [toc@gpatpa.com](mailto:toc@gpatpa.com)**

*En lo que se refiere a la Norma de privacidad según la HIPAA, el uso o entrega permitidos de la información protegida sobre la salud tiene que ver con tratamientos, pagos u operaciones de atención de la salud de conformidad con la sección 164.502(a)(1)(ii). El plan de salud y su socio comercial realizan esta solicitud con el fin de determinar la aptitud y la cobertura del plan, revisar los servicios de atención médica en relación con las necesidades médicas, la cobertura, la justificación de cargos y aspectos similares, así como para actividades de revisión de utilización de servicios que se definen como pago según la sección 164.501 de la Norma de Privacidad.*