



Healthy San Diego

Spanish

Physical and Mental Health Care Coordination Form

MEDI-CAL MANAGED CARE AND CMS PROGRAMS

The use of this form will enhance coordination of care between physical and mental health providers. The form can be initiated by the physical or mental health provider. *The reverse of this form contains an Authorization for Release of Information which must be completed by the client/patient prior to any information being transmitted between providers.*

SECTION 1: Client / Patient Information

Date: _____

Name: _____ DOB: _____ Health Plan: _____

Address: _____ City: _____ Zip: _____

Telephone: _____ Medi-Cal / CMS # _____ SSN / CIN # _____

SECTION 2: Primary Care Provider Information

Date: _____

Primary Care Physician Name: _____ Medical Group: _____

Address: _____ City: _____ Zip: _____

Telephone: _____ Fax: _____

Significant medical condition(s) of client / patient named above: _____

Current Medications: _____

SECTION 3: Mental Health Provider Information

Date: _____

Mental Health Practitioner Name: _____ Organization: _____

Address: _____ City: _____ Zip: _____

Telephone: _____ Fax: _____

Diagnosis: _____

Current Medications: _____

Please complete page 2 of this form. →

Autorización para el Permiso de Compartir Información o Reportes
Authorization for Release of Information or Records

Yo, _____ autorizo _____
 (nombre del cliente/paciente) (nombre del doctor de cuidado primario)

y/o _____ para compartir entre ellos información y
 (nombre del doctor de salud mental)

archivos obtenidos en el curso de mi diagnóstico y tratamiento médico, incluyendo la información sobre el abuso de sustancias legales e ilegales, como lo crea necesario para la coordinación de mi cuidado de salud general. A continuación se especifica y señala con una X el tipo de reporte que incluye esta autorización:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> El diagnóstico/Diagnosis | <input type="checkbox"/> Evaluación Psicológica/Psychological Evaluation |
| <input type="checkbox"/> Medicamento Actual/Current Medication | <input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica/Psychiatric Assessment |
| <input type="checkbox"/> Archivos de Medicamento/Medication Records | <input type="checkbox"/> Reportes de Consulta/Consultation Reports |
| <input type="checkbox"/> Ordenes del Doctor/Physicians Orders | <input type="checkbox"/> Tratamiento/ Plan de Servicio/Treatment / Service Plan |
| <input type="checkbox"/> Reportes del Laboratorio/Lab Reports | <input type="checkbox"/> Plan de Alta/Discharge Plan |
| <input type="checkbox"/> Resumen del Plan de Alta/Discharge Summary | <input type="checkbox"/> Otro: |
| <input type="checkbox"/> Historia y Examen Físico/History & Physical | |
| <input type="checkbox"/> Notas del progreso/ Progress Notes | |

Entiendo que puedo retirar esta autorización cuando lo desee.

Esta autorización se vence en la fecha que se indica: _____
 (mes/día/año)

Firma: _____ Fecha: _____

Testigo: _____

____ Iniciales de la persona que entregó esta copia de la autorización al cliente/paciente.
 Initials of person providing a copy of this authorization to the client / patient.

Para comunicarse con un representante de su plan de salud, favor de llamar:
If you need to reach a plan representative, please call:

Blue Cross of California	(800) 407-4627	UCSD Health Plan	(800) 688-6161
Community Health Group	(800) 404-3332	Universal Care	(800) 635-6668
Health Net	(800) 675-6110	County Medical Services	(858) 495-1300
Kaiser Permanente	(619) 641-4939	County of San Diego	(800) 479-3339
Sharp Health Plan Sharp Advantage	(800) 359-2002	Mental Health Services Access Line	

For more copies of this form, go to www.ubhpublicsector.com

COUNTY OF SAN DIEGO HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY