**Resumen de la Transición de Cuidados**

Nombre del miembro : Click to enter text. Nombre del tutor legal \*: Click to enter text.

Plan asignado : Please Select Información de contacto del tutor legal \*: Click to enter text.

Número de identificación Medicaid del miembro: Click or to enter text. Miembro en cuidado de crianza : Please Select

Información de contacto del miembro : Click to enter text. Estatus de permanencia en cuidado de crianza \*: Please Select

Fecha de nacimiento del miembro: Click or to enter text. Fecha de conclusión del resumen : Click to enter text

Sexo del miembro : Click or to enter text. Completado por : Click or to enter text.

Estado de tutela del afiliado:Click or to enter text.

 \*Si es aplicable

*Nota: para los datos relacionados con SUD, respete las normas y reglamentos para compartir esta información y, si no se ha obtenido el consentimiento, no proporcione esa información en este documento.*

1. **¿Por qué se identificó al miembro para la Transición de Cuidados?**

[ ]  Actualmente hospitalizado en el momento de la transición

[ ]  Alto riesgo / Intervenciones de tratamiento múltiples o complejos

[ ]  Actualmente/recientemente en Administración de Cuidados/Coordinación de Cuidados

[ ]  Actualmente/recientemente en Care Management for At-Risk Children (CMARC)

[ ]  Actualmente/recientemente en CCNC Care Management

[ ]  Actualmente/recientemente en Integrated Care for Kids (InCk) Care Management

[ ]  Actualmente recibe Community Guide

[ ]  Actualmente/recientemente en Administración de otros cuidados Click or tap here to enter text.

[ ] Otros: Choose an item. Click or tap here to enter text.

1. **Lista de PAs actuales** : Click or tap here to enter text.
2. **Información sobre el cuidado de crianza (si corresponde):**

Nombre del trabajador social: Click or tap here to enter text.

Número de teléfono del trabajador social: Click or tap here to enter text.

Condado del trabajador social: Click or tap here to enter text.Nombre del centro de cuidado de crianza (familia de acogida, grupo u hogar infantil):Click or tap here to enter text.

Número de colocación en cuidado de crianza : Click or tap here to enter text.

1. **Información sobre el administrador/coordinador de cuidados actual:**

Nombre del administrador de cuidados/coordinador/navegador actual: Click or tap here to enter text.

Número de teléfono del administrador de cuidados/coordinador/navegador actual: Click or tap here to enter text.

Método de comunicación preferido por el miembro: Click or tap here to enter text.

Cuestiones de seguridad conocidas por el administrador de cuidados : Click or tap here to enter text.

1. **¿Cuáles son los Servicios actuales?**Click or tap here to enter text.

Servicios: Click or tap here to enter text.

Fecha de servicio:Click or tap to enter a date.

Proveedor:Click or tap here to enter text.

Duración de la estancia (LOS) (Duración del servicio ): Click or tap here to enter text.

 *Duplicar campos si hay varios servicios.*

1. **Lista de proveedores actuales:** Click here to add text
2. **Fecha del último contacto de coordinación de asistencia con el miembro (por ejemplo, visita en persona, telefónica o virtual ):**

[ ] En persona

[ ] Telefónica

[ ] Virtual (en línea con cámara )

1. **Lista de medicamentos:** Click or tap here to enter text.

**8a. Lista de diagnósticos actuales :** Click here to add text

1. **Problemas/preocupaciones conocidos relacionados con los medicamentos (** **Por ejemplo: el miembro ha cambiado recientemente de farmacia, no ha surtido sus recetas, adherencia, alergias, etc. .):**

[ ] Si

[ ] No

[ ] N/D

[ ]  Se desconoce

 Descríbalo aquí :

1. **¿Barreras conocidas o riesgos inmediatos?** Click or tap here to enter text.

Riesgos de seguridad conocidos: SI/HI Click or tap here to enter text.

Necesidades SDOH: Click or tap here to enter text.

Complejidad/Fragilidad médica y: Click or tap here to enter text.

 Necesidades NEMT: Click or tap here to enter text.

 Nivel actual de cuidados recomendado: Click or tap here to enter text.

 Hospitalizaciones/episodios de crisis recientes: Click or tap here to enter text.

1. **Plan de alta, próximas citas o pasos a seguir:** Click or tap here to enter text.

Servicio/LOC recomendado (servicios SP/TP indicados a continuación):

[ ] Hospitalización [ ]  Ambulatorio [ ]  Tratamiento BH basado en la investigación

[ ]  Hospitalización parcial [ ]  Crisis móvil [ ] FBC

[ ]  Tratamiento ambulatorio de opioides \*\* [ ]  Desintoxicación \*\* [ ]  Evaluación

[ ] ADATC para la estabilización de crisis \*\* [ ]  Médico de Atención Primaria : Click to enter text.

[ ] Otro: Click to enter text.

[ ]  Ninguna recomendación

1. **Información adicional/ Otros comentarios :** Click or tap here to enter text.

 [ ]  Marque aquí si el beneficiario en transición está inscrito activamente en CCNC Care Management (si se conoce) [ ]  Marque aquí si el beneficiario de la transición se encuentra bajo apelación abierta en el momento de la transición. Servicio: Click to enter text.

 Con continuación de los beneficios . [x]