**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 .