



COLORADO

Department of Health Care
Policy & Financing

Formulario de remisión para la coordinación de la transición (TC)

Información de la remisión	
Fecha de recepción de la remisión para el asesoramiento sobre las opciones:	
ADRC de la región/ILC que responde a la remisión:	
Tipo de remisión: <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> MDS Sección Q <input type="checkbox"/> Familiar/amigo <input type="checkbox"/> Defensor del pueblo/abogado <input type="checkbox"/> Otro	
Centro de enfermería:	
Nombre de la persona de contacto:	
Teléfono:	Correo electrónico:

Información del afiliado	
Nombre:	
Sobrenombre:	Fecha de nacimiento:
Nombre del tutor <i>(si corresponde)</i> :	
Teléfono del tutor:	
Idioma de preferencia:	
Marque todo lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Adulto mayor <input type="checkbox"/> Salud conductual <input type="checkbox"/> Discapacidad física <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual	
Elegible para Medicaid: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pendiente	N.º de ID de Medicaid:
Si es elegible para Medicaid, Medicaid de atención a largo plazo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro	
Fecha de admisión al centro de enfermería:	Estadía de rehabilitación: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro
Nombre del médico:	Teléfono:
Tipo de vivienda deseado: <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Hogar grupal <input type="checkbox"/> Hogar de anfitrión <input type="checkbox"/> Centro de vida asistida	
Lugar deseado para la transición:	
¿Tiene un hogar al que volver? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Necesita una vivienda accesible para discapacitados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Necesita una vivienda asequible? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro	¿Necesita subsidio para la vivienda? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro
¿Participación de la familia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro	¿Participación del cuidador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro
¿Red de apoyo comunitario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro	

Mejore la equidad, el acceso y los resultados de la atención médica para las personas a las que servimos, al tiempo que ahorra dinero a los habitantes de Colorado en atención médica e impulsa el valor para Colorado. hcpf.colorado.gov





COLORADO

Department of Health Care
Policy & Financing

¿Solicita una remisión para la coordinación de la transición (TC)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Declaración del afiliado	
Decido NO continuar con la transición	
<input type="checkbox"/> He decidido no explorar las opciones para hacer la transición para vivir en la comunidad en este momento. Motivo de la decisión:	
Firma del afiliado:	
Nombre en letra de imprenta:	Fecha:
<input type="checkbox"/> El afiliado se negó a firmar o no pudo hacerlo	
Decido continuar con la transición	
<input type="checkbox"/> Exploraré las opciones para hacer la transición para vivir en la comunidad. _____ (Iniciales del afiliado) He recibido información con respecto a los organismos de coordinación para la transición (<i>Transition Coordination Agencies</i> , TCA) que ofrecen coordinación para la transición. Solicito una remisión al organismo de abajo.	
Proveedor de preferencia del afiliado	
Organismo de coordinación de la transición (TCA):	
Nombre de contacto:	Teléfono:
Firma del afiliado:	
Nombre en letra de imprenta:	Fecha:
<input type="checkbox"/> Afiliado <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Representante legal	
Proveedor alternativo de preferencia del afiliado	
Organismo de coordinación de la transición (TCA):	
Nombre de la persona de contacto:	Nombre de la persona de contacto:
Firma del afiliado:	
Nombre en letra de imprenta:	Nombre en letra de imprenta:
<input type="checkbox"/> Afiliado <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Representante legal	

Asesores de opciones: Complete y envíe copias de este formulario al organismo de coordinación de la transición (TCA) y al enlace comunitario del Departamento de Política y Financiamiento de Atención Médica (*Department of Health Care Policy and Financing*)
Guarde una copia como constancia.

Colorado Department of Health Care Policy and Financing 1570
Grant Street, Denver, CO 80203-1818
hcpf.colorado.gov

Revisado en abril de 2022

Mejore la equidad, el acceso y los resultados de la atención médica para las personas a las que servimos, al tiempo que ahorra dinero a los habitantes de Colorado en atención médica e impulsa el valor para Colorado. hcpf.colorado.gov

