

Administración de casos específicos - Coordinación de la transición (TCM-TC) Formulario de opciones para la transición

Nombre del afiliado _____

Fecha _____

Opciones para la transición

- 1. Se recomienda la transición. El equipo de opciones para la transición ha confirmado que se dispone de todos los apoyos y servicios necesarios para apoyar la transición. Si no se dispone de apoyos y servicios para los servicios que no son críticos, se han elaborado y autorizado planes alternativos para satisfacer la necesidad identificada.
- 2. No se recomienda la transición. No se dispone de los apoyos y servicios necesarios con la frecuencia y los horarios identificados para satisfacer las necesidades o preferencias o los factores de riesgo
 - Se han explicado los motivos de la decisión al afiliado.
Se adjunta el plan de mitigación de riesgos
- 3. No se recomienda la transición, y el afiliado decide hacer la transición y asume la responsabilidad de los riesgos identificados.

He decidido hacer la transición. Entiendo los riesgos que se han identificado y documentado en el plan de mitigación de riesgos de la coordinación para la transición. Entiendo las alternativas disponibles para abordar los riesgos vinculados con mis decisiones. Asumo todos los riesgos documentados en el plan de mitigación de riesgos

_____ Firma del afiliado
_____ Fecha

Firmas de los integrantes del equipo de opciones para la transición

Afiliado _____

Coordinación de la transición _____

Representante del centro de enfermería _____

Familia _____

Especialista en salud conductual _____

Otro _____

Copias entregadas al afiliado y al centro de enfermería

Copia enviada al administrador de la transición del HCPF si el afiliado decide hacer la transición sin la recomendación del equipo de opciones para la transición