

# Permanente Advantage

## Formulario de Transición de Cuidado de Miembros

Nuestro objetivo es hacer que su transición de cuidado sea lo más fácil posible. Por favor complete cada sección para que podamos servirle mejor. Una vez que recibamos su formulario, revisaremos la información y haremos que una transición del representante de atención o el gerente de casos de enfermera se ponga en contacto con usted en un plazo de cinco días hábiles. Esperamos ser su socio en salud.

*Nota: Permanente Advantage proporciona revisión médica y gestión de casos solo para planes de punto de servicio (POS) de Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC), PPO y fuera de área (OOA).*

### SECCION 1

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Fecha de cobertura: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Apellido del miembro: \_\_\_\_\_ Nombre del miembro: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Número de registro de salud: \_\_\_\_\_ Género:  M  F  
Relación con el empleado:  Self  Autocónyuge/Pareja Doméstica  Niño/Dependiente  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_ El mejor momento para llamar: \_\_\_\_\_

### SECCION 2

Por favor, incuéntenos acerca de sus necesidades de atención médica respondiendo a las siguientes preguntas.

Sí  No ¿Estás embarazada? (Fecha de vencimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Trimestre: \_\_\_\_ 1<sup>st</sup> \_\_\_\_ 2<sup>nd</sup> \_\_\_\_ 3<sup>rd</sup>)

En caso afirmativo, ¿se considera que su embarazo es de alto riesgo (nacimientos múltiples, gebetas, etc.)? Sí  No

Sí  No ¿Está programado para cirugía u hospitalización? Fecha programada: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Tipo de cirugía o procedimiento: \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Está recibiendo quimioterapia, radioterapia, terapia oncológica o tratamiento de diálisis?

Tipo de tratamiento: \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Está recibiendo tratamiento relacionado con una cirugía mayor reciente?

Tipo de cirugía o procedimiento: \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Está recibiendo tratamiento de salud mental o tratamiento de abuso de sustancias?

Sí  No ¿Está utilizando actualmente equipo médico duradero (cama de hospital, oxígeno, etc.)?

Sí  No ¿Está siendo tratado actualmente con medicamentos de farmacia especiales (para afecciones como Esclerosis Múltiple, Trasplante de órganos, VIH, Hepatitis, Osteoporosis, Enfermedad Autoinmune, etc.)?

Condición que se está tratando: \_\_\_\_\_

### SECCION 3

Sí  No ¿Está trabajando actualmente con un médico o un administrador de casos dedicado para su(s) condición(s)?

Médico o Caso

nombre del gerente: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_ Condición: \_\_\_\_\_

#### Permanente Advantage, LLC

Departamento de Gestión de Casos

5855 Copley Drive, Suite 250

San Diego, CA 92111

Fax: 1-866-338-0266

Email: [Permanente-Advantage@kp.org](mailto:Permanente-Advantage@kp.org)

Miembros de California  
1-888-251-7052

Miembros de Colorado  
1-888-525-1553

Miembros de Georgia  
1-855-265-0311

Miembros de Hawaii  
1-888-529-1553

Miembros de Mid-Atlantic  
1-888-567-6847