



Solicitud de derivación

Información del estudiante

Su nombre:

Fecha de nacimiento:

Dirección:

Ciudad, estado, código postal:

N.º de teléfono:

Correo electrónico:

Información de la agencia del proveedor

Nombre del coordinador de casos:

Proveedor:

Lugar:

N.º de teléfono:

Correo electrónico:

Al brindar la información anterior, doy mi permiso para que Camp Wellness se comunique conmigo y divulgue e intercambie información con mi proveedor a fin de coordinar mi derivación a Camp Wellness. Puedo cancelar mi permiso en cualquier momento y mi información seguirá siendo privada.

Firma del solicitante

Fecha

¿Es un miembro adulto de un programa GMH/SA TXIX o SMI?

Sí No

Su agencia tendrá que completar un paquete de Derivación a especialistas de la agencia que incluye:

- La Actualización anual vigente (Parte E) o Evaluación original (Parte B Evaluación general) firmada por un BHP.
- Datos demográficos, incluidos los códigos según ICD-10, la dirección postal del estudiante en la actualidad y la información de contacto.
- El Plan de servicio individual con un objetivo de tratamiento para Camp Wellness (por ejemplo: "Quiero mejorar mi salud y bienestar asistiendo a Camp Wellness, el campamento administrado por RISE en la Universidad de Arizona") y la lista de Servicios de apoyo y rehabilitación, junto con la frecuencia de asistencia mensual del estudiante, firmados por el miembro y un proveedor de servicios de salud mental.
- Firmar y enviar esta solicitud junto con los documentos requeridos por fax al 520-396-2306 o correo electrónico seguro a fcmreferrals@email.arizona.edu.
- Formulario de divulgación de información, firmado y fechado, donde esté mencionado Camp Wellness.
- Lista de verificación para la derivación a proveedores de especialidades de Cenpatico.

¡Venga a divertirse mientras mejora su salud en www.campwellness.org!

¿Tiene preguntas? Llame al 520-396-2310 o gratis al 1-844-396-2310.