



Formulario de Referido de la Paciente

Referral Location
Name: _____
Phone/Email: _____

Pautas para el referido

1. Para referir a una posible paciente embarazada o una paciente en los primeros 6 meses desde la fecha del parto, llene este formulario y devuélvalo, junto con una copia de la herramienta de detección/evaluación de uso de sustancias utilizada (p. ej., PN-2*, PT-1, ACH-94, ACH-282, H&P 13, H&P 14, HCV-2, CRAFT, AUDIT, SASSI, etc.) para determinar la elegibilidad, al correo electrónico designado de KY-Moms MATR mencionado anteriormente.
2. Un especialista en prevención o administrador de casos de KY-Moms MATR se comunicará con la paciente que se haya referido en un plazo de 48 horas a partir de la fecha en que se reciba el formulario de referido.
3. Solo se puede realizar un referido por embarazo/postparto, por paciente. Si una paciente es referida por más de un proveedor médico, se aceptará el referido que se haya recibido primero.
4. Adjunte un formulario de autorización para dar información firmado por la paciente y una prueba de embarazo o parto si la paciente está actualmente embarazada o de posparto.

Información de la paciente

Nombre de la paciente:	_____	Fecha del referido:	_____
Dirección de la paciente:	_____	Método de contacto preferido:	_____
		(correo electrónico/ texto/teléfono)	#: _____
			Correo electrónico: _____

Información sobre el referido

Encierre en un círculo el estado actual de la paciente: Embarazada Posparto

Código de diagnóstico: _____ (Código de diagnóstico de salud conductual o médica)

Fecha probable de parto/
Fecha del parto: _____

Medicaid: _____ o Seguro privado

SÍ / NO ¿Actualmente la paciente presenta FACTORES DE RIESGO por uso de sustancias durante el embarazo o posparto?

SÍ / NO ¿Actualmente hay inquietudes sobre la paciente por CONSUMO DE SUSTANCIAS durante el embarazo o posparto?

Proveedor que hizo el referido (escrito claramente): _____

Firma del proveedor: _____

Nombre de la agencia que hizo el referido: _____

For KY Moms MATR Use Only

Date Received:	_____	Contacted?	_____
Prevention Education Appointment?	_____	Case Management Appointment?	_____