Adult Health Homes Care Management Referral Form

Referral Date **Fecha de remisión:**	

Information about the person in need of services Información sobre la persona que necesita servicios			
***Last Name:** Apellido**:**	***First Name/Middle:** Nombre:	***DOB:** Fecha de Nacimiento:	***Gender:** Genero:
***Street Address:** Dirección:	***City:** Ciudad	**State:** Estado:	**Zip Code:** Código Postal:
***Residence Type/**tipo de residencia: **Private Home?-**casa privada? YES/SI___NO___			***Telephone contact #:**
***Medicaid #:** # del Medicaid:	***Insurance/MCO Name:** Nombre del seguro:	***Medicare #:** # de Medicare:	***Private Pay:** Pago personal:
***Contact Person name:** Nombre de la persona de contacto**:**	***Relationship with applicant:** Relación con el aplicante**:**	***Telephone #:** Número de teléfono	***Primary Language**: Idioma primario:
***Primary Diagnosis:** Diagnóstico Primario**:**	**Other needs:**	***Ambulatory ________** **Non Ambulatory_____**	***Wheelchair?** **Yes______No_____**
*** Referring Person/** Persona refiriendo el caso:	***Referring Agency:** Agencia refiriendo el caso**:**	***Referring Agency address : Dirección:**	***Telephone# of referring agency:** Telefóno de la agencia**:**
***Previously known to CHDFS** Ha tenido contacto con CHDFS en el pasado? **Yes/Si** ___**No**___ **When?** /cuando? ______	***Reason for Referral/ Services in need:** (Please specify) Razón del referido/ Servicios necesarios: (por favor especifique)		
Special Instructions: Instruciones especiales:			
PERMISSION TO REFER: *You must identify that consent to refer has been obtained and who has given consent to refer. Please note that this can be a verbal consent received.*	PLEASE INDICATE THE INDIVIDUAL FROM WHOM YOU HAVE OBTAINED CONSENT TO THE HEALTH HOME PROGRAM ☐ Legally authorized representative ☐ member/self/individual if 18 years or older **Date permission obtained:**		