



UMPQUA HEALTH

NEW DAY

Remisión

Para referir a un miembro actual del OHP de la UHA a **New Day**, complete lo siguiente (complete todo lo que pueda):

Fecha: _____ UHA miembro #: _____

Nombre del paciente: _____ DOB: _____

Dirección: _____

Calle Apartamento # Ciudad Estado Código postal
de teléfono principal: _____ mensaje ok? _____

Otro número de teléfono: _____ mensaje ok? _____

Email: _____

La mejor forma de contactar: ___teléfono ___email ___correo ___otro _____

Proveedor de referencia: _____ Dos fechas: _____

Información de contacto del proveedor: _____

Teléfono de oficina: _____ Fax de oficina: _____

¿El paciente conoce esta derivación? _____ # de semanas de embarazo: _____

Temas de preocupación: (marque todas las opciones que correspondan)

___ vivienda ___ violencia doméstica ___ financiero ___ apoyos sociales ___ apoyos familiares

___ salud mental (depresión, ansiedad, TEPT, etc.) ___ incapacidad

___ tabaco ___ alcohol ___ marihuana ___ drogas callejeras ___ medicamentos recetados

Enumerar las sustancias que se están utilizando actualmente, si: _____

Otras preocupaciones o comentarios: _____

Envíe esta referencia por fax, correo electrónico o teléfono (consulte la información de contacto a continuación).

Mandy Rigsby BA; NCAC II; CADC II