



Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles Formulario de solicitud de continuidad de la atención

Fecha de solicitud: _____

¿Qué es la continuidad de la atención?

La continuidad de la atención es la opción para que los miembros de Medi-Cal sigan recibiendo servicios de su proveedor existente (actual) durante un máximo de 12 meses después de que el miembro se haya trasladado a otro condado o haya pasado de un plan de salud mental a un plan de atención administrada, o viceversa. La continuidad de la atención está diseñada para permitir a los miembros completar el tratamiento con un proveedor existente que se ha convertido en “fuera de la red” y/o apoyar la transición sin problemas de servicios a un nuevo proveedor. *Para obtener más información sobre los proveedores fuera de la red, consulte el [Directorio de proveedores de LACDMH](#).*

Si cree que usted o un miembro a quien preste servicios es elegible para la continuidad de la atención, complete este formulario, proporcione documentación de apoyo y envíela a la Unidad de Garantía de Calidad del Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles (Los Angeles County Department of Mental Health, LACDMH) a QAPolicy@dmh.lacounty.gov.

Para garantizar que su solicitud se procese sin demora, responda las siguientes preguntas:

Usted (o el miembro al que atiende) tiene Medi-Cal en el condado de Los Ángeles	☐ Sí	☐ No
Usted (o el miembro al que atiende) cumple los criterios para los Servicios Especializados de Salud Mental	☐ Sí	☐ No
Usted (o el miembro al que atiende) tiene una relación preexistente con el proveedor existente “fuera de la red”	☐ Sí	☐ No

Para obtener más información sobre los criterios para los Servicios Especializados de Salud Mental, consulte el [Manual del miembro](#).

Si respondió “No” a **alguna** de las preguntas anteriores, envíe un correo electrónico a QAPolicy@dmh.lacounty.gov para resolver su caso.

Si respondió “Sí” a **todas** las preguntas anteriores, continúe a continuación.

¿Quién envía esta solicitud? Seleccione una de las siguientes opciones:

- ☐ Soy el miembro de Medi-Cal que solicita continuidad de la atención y autorizo la divulgación de mi información para procesar esta solicitud. La autorización firmada de divulgación de información se adjunta a esta solicitud.
- ☐ Soy el cuidador del miembro de Medi-Cal que solicita la continuidad de la atención en nombre del miembro. La declaración jurada de autorización del cuidador firmada se adjunta a esta solicitud.
- ☐ Soy el proveedor del miembro de Medi-Cal que solicita la continuidad de la atención en nombre del miembro. La autorización firmada de divulgación de información se adjunta a esta solicitud.

Nombre del solicitante:	Correo electrónico del solicitante:	Número de contacto del solicitante:
-------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles Formulario de solicitud de continuidad de la atención



Información del miembro			
Nombre del miembro:		N.º de Medi-Cal:	
Fecha de nacimiento del miembro:			
Número de contacto del miembro:		Correo electrónico del miembro:	
Dirección actual del miembro:		Ciudad:	Código postal:
Dirección postal del miembro (si es diferente de la dirección actual):		Ciudad:	Código postal:
Afección y diagnóstico del miembro:			

Información del proveedor existente fuera de la red		
Nombre del proveedor:		Condado:
Dirección del proveedor:		Ciudad:
		Código postal:
Nombre del profesional:		Número de contacto del profesional:
Correo electrónico del profesional:		
Explique por qué se solicita la continuidad de la atención para el miembro de Medi-Cal:		

Por favor, **seleccione una** de las siguientes opciones:

- ☐ Se adjunta documentación clínica para respaldar esta solicitud (p. ej., evaluaciones, notas de evolución, autorización de divulgación de información, declaración jurada del cuidador, etc.). Envíe la documentación justificativa con este formulario de solicitud por correo electrónico cifrado a QAPolicy@dmh.lacounty.gov.
- ☐ Los registros de los miembros no están disponibles

Nombre del solicitante:	Firma del solicitante:	Fecha:
-------------------------	------------------------	--------



Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles Formulario de solicitud de continuidad de la atención

PARA USO EXCLUSIVO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LACDMH

☐ Aprobado	☐ Denegado
Fecha de aprobación:	Fecha de denegación:
Fecha en que se informó al miembro de la aprobación:	Fecha en que se informó al miembro de la denegación:
Cantidad de sesiones aprobadas: ____ o Cantidad de meses aprobados: ____ La continuidad de la atención está aprobada desde: _____ a _____	Motivo de la denegación:
Acuerdo de tarifas ☐ Sí ☐ No	
¿Cuál es el plan para que el cliente haga la transición a un proveedor dentro de la red al final del plazo aprobado?	
<u>Adjunto</u> Notificación de determinación adversa del beneficiario (<i>si procede</i>) Cómo acceder a los servicios especializados de salud mental: - Manual del miembro de salud conductual: https://dmh.lacounty.gov/our-services/patients-rights/handbooks/ - Directorio de proveedores: https://dmh.lacounty.gov/pd/	

Nombre del revisor de DMH:	Firma del revisor de DMH:	Fecha:
----------------------------	---------------------------	--------