

FORMULARIO DE ELECCIÓN DEL PROVEEDOR **Para PROVEEDORES DE EPSDT DE MEDICAID**

Este formulario debe usarse para todos los servicios de Medicaid que exigen autorización previa.

Tipo de servicio (Marque los siguientes servicios que correspondan).

- | | |
|---|--|
| ☐ Fisioterapia | ☐ Servicios de salud mental |
| ☐ Terapia ocupacional | ☐ Servicios dentales |
| ☐ Terapia del habla | ☐ Servicios de la vista |
| ☐ Servicios de audiología | ☐ Atención médica en casa extendida |
| ☐ Equipo médico (DME) | ☐ Servicios nutricionales |
| ☐ Suministros médicos | ☐ Análisis conductual aplicado (ABA) |
| ☐ Servicios de cuidado personal | ☐ Otro _____ |

El participante/familia debe marcar la declaración correspondiente abajo.

- ☐ **Mi coordinador de apoyo me explicó que puedo elegir entre proveedores de servicios cuando hay una opción disponible. Revisé una lista de proveedores disponibles y entiendo que es posible que esta lista no incluya a todos los proveedores disponibles. Entiendo que puedo elegir un nuevo proveedor en cualquier momento. Seleccioné los siguientes proveedores. (El participante/familia puede optar por incluir la 1.ª, 2.ª y 3.ª opción).**

1. _____

2. _____

3. _____

- ☐ **Mi coordinador de apoyo me explicó que puedo elegir entre proveedores de servicios cuando hay una opción disponible. Me informaron de que solo hay un (1) proveedor disponible para este servicio. Entiendo que puedo elegir un nuevo proveedor en cualquier momento si hay otro proveedor disponible. Solicité que se haga una remisión a este proveedor. (Listar proveedor).**

4. _____

- ☐ **Ya elegí el proveedor que quiero. No quiero revisar una lista de proveedores disponibles. Entiendo que puedo elegir un nuevo proveedor en cualquier momento. Solicité que se haga una remisión a este proveedor. (Listar proveedor).**

5. _____

El participante/representante autorizado debe firmar y fechar abajo.

Participante/representante autorizado

Fecha

Relación con el participante