SUMMIT HEALTH

Formulario de derivación para administración de casos

Sección 1 > Datos del miembro

Nombre de contacto del miembro	Teléfono
Persona que deriva	Teléfono
Nombre del médico	Teléfono

Sección 2 > Información sobre la derivación

Diagnóstico y motivo de la derivación para administración de casos
Resultado previsto de administración de casos

¿Está listo para enviar el formulario? Envíelo por correo postal o electrónico, o bien por fax a Summit Health.
Correo postal: Summit Health Case Management Team, P.O. Box 40384, Portland, OR 97240
Fax: 855-232-6904 **Correo electrónico:** casemgmtrefer@yoursummithealth.com

¿Tiene preguntas? Llame a un representante de Administración de casos al 833-460-0444.

YourSummitHealth.com