

## SERVICIOS RELACIONADOS CON LA SALUD – Formulario de Solicitud de Servicios Flexibles

**Por favor lleve este formulario a su proveedor de atención primaria (PCP) para llenarlo y enviarlo. Llene un formulario por separado para cada artículo o servicio. Si este formulario no se llena por completo, la solicitud no será procesada.**

*Usted puede recibir este documento en otro idioma, impreso en letra más grande o de cualquier otra manera que sea mejor para usted. Llame al número gratuito (800) 431-4135. Los usuarios del servicio TTY pueden llamar al (800) 735-2900.*

*You can get this document in another language, large print, or another way that's best for you. Call (800) 431-4135, TTY (800) 735-2900.*

**Por favor envíe una solicitud a la vez a:**

**Email:** [healthrelatedservices@pacificsource.com](mailto:healthrelatedservices@pacificsource.com) -ó- **Fax:** 541- 385-3123

**Fecha de Envío:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Información del Miembro		
Nombre:	Apellido:	Fecha de nacimiento:
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono:	# de ID del Miembro:	
Información del Proveedor de Atención Primaria		
Nombre del proveedor:		
Nombre de la clínica:	Número de teléfono:	
Dirección:		
Información del Solicitante		
Nombre y puesto del solicitante:	Teléfono directo:	
Dirección del solicitante:		
El solicitante ha recibido la aprobación del PCP:      Sí              No		
Firma de la persona que obtuvo la aprobación: _____		
Fecha en que se recibió la aprobación: _____		

Fecha en que se recibió la aprobación: \_\_\_\_\_

**Artículo o Servicio Solicitado**

Describa el artículo o servicio:

**1ª Opción:** Nombre de la tienda y dirección o sitio web

Artículo/número de catálogo/descripción (sea específico):

Cantidad:

Costo total:

**2ª Opción:** Nombre de la tienda y dirección o sitio web

Artículo/número de catálogo/descripción (sea específico):

Cantidad:

Costo total:

Padecimientos de salud o diagnósticos relacionados con esta solicitud:

Describa cómo este servicio o artículo mejorará la salud del miembro/paciente:

**Especifique la dirección de entrega del artículo solicitado:**

Dirección del miembro

Otra dirección (por favor especifique):

El Miembro ha dado su permiso para que PacificSource Community Solutions hable con las personas necesarias a fin de completar esta solicitud.