



Formulario de solicitud de transporte

Attention: ID CSCOT

Complete este formulario en su totalidad. Tenga en cuenta que se requieren dos días de aviso para las solicitudes de transporte estándar. Las solicitudes o cambios de consultas de urgencia con menos de 48 horas de aviso se deben realizar por teléfono.

Solicitante:		Fecha:	
Teléfono:		Fax:	
Apellido del paciente:		Nombre del paciente:	
Teléfono:	Número de ID de Medicaid:	Fecha de nacimiento:	
¿El miembro habla inglés? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		Idioma principal del miembro:	
Tipo de consulta:		¿Es un viaje de ida y vuelta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Dirección de recogida:		Ciudad:	Estado: C. P.:
¿Tiene un pasajero adicional? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Nombre del pasajero adicional:		Edad del pasajero adicional:
Nombre del destino (centro/consultorio/médico):		Teléfono del destino:	ID del proveedor nacional (NPI):
Dirección del destino:		Ciudad:	Estado: C. P.:
Fecha de la cita:		Hora de la cita:	
Peso del paciente:	Cantidad de escalones:	¿El paciente necesita una camilla? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <i>(tal vez requiera nivel de necesidad)</i>	
¿El paciente usa alguno de estos dispositivos de ayuda? <input type="checkbox"/> Escúter <input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual		¿El paciente puede ingresar al automóvil? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
Si solicita el viaje con menos días de aviso que los requeridos, indique el motivo de la urgencia:			
¿Es este un viaje periódico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de comienzo del viaje periódico:		Fecha de finalización del viaje periódico:
	¿Cuál es la programación semanal? <input type="checkbox"/> Dom <input type="checkbox"/> Lun <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Mié <input type="checkbox"/> Jue <input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Sáb		
	Hora de comienzo de la cita:		Hora de finalización de la cita:
Necesidades especiales o comentarios (proveedor de transporte de referencia, etc.):			

Si tiene preguntas, comuníquese con ID CSCOT al (888) 561-8747.

Envíe por fax el formulario completado al equipo del Centro de Operaciones del Servicio al Cliente
(Customer Service Center Operations Team, CSCOT) de MTM: 844-529-1802