**[A blue and white logo

Description automatically generated](https://it.smartsheet.com/try-it?trp=37974&utm_language=IT&utm_source=template-word&utm_medium=content&utm_campaign=ic-Mental+Health+Referral+Form-word-37974-it&lpa=ic+Mental+Health+Referral+Form+word+37974+it)MODULO DI RINVIO A UNO SPECIALISTA PER LA SALUTE MENTALE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ORIGINE DELLA SEGNALAZIONE** | | | | | | | |
| **ENTE** |  | | | **TELEFONO** |  | | |
| **SEDE** |  | | | **E-MAIL** |  | | |
| **MODULO COMPILATO DA** | |  | **TELEFONO** |  | | **DATA** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ENTE CHE RICEVE LA SEGNALAZIONE** | | | |
| **ENTE** |  | **TELEFONO** |  |
| **SEDE** |  | **E-MAIL** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **INFORMAZIONI SUL CLIENTE** | | | |
| **COGNOME** |  | **NOME** |  |
| **DATA DI NASCITA** |  | **GENERE** |  |
| **CODICE FISCALE** |  | **N. MEDICAID** |  |
| **INTERPRETE RICHIESTO?** |  | **LINGUA RICHIESTA** |  |
| **NOME TUTORE** |  | **RELAZIONE CON IL TUTORE** |  |
| **INDIRIZZO DEL PAZIENTE** |  | **TELEFONO CELLULARE** |  |
|  | **TELEFONO DI CASA** |  |
|  | **TELEFONO DI LAVORO** |  |
|  | **E-MAIL** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PREOCCUPAZIONI/COMMENTI** Allega ulteriori fogli e/o documentazione di supporto, se ritenuto necessario. | | | |
| **MOTIVO DEL RINVIO** |  | | |
| **PAZIENTE A CONOSCENZA DEL MOTIVO DEL RINVIO? IN CASO CONTRARIO, SPIEGA PERCHÉ.** | | |  |
| **SERVIZIO / SPECIALIZZAZIONE RICHIESTA** | |  | |
| **COMMENTI AGGIUNTIVI** |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMAZIONI SULL'ASSICURAZIONE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **AUTORIZZAZIONE RICHIESTA?** | | | | |  | | | **SÌ** |  | **NO** | **N. AUTORIZZ.** | |  | **NUMERO DI VISITE** | |  | **AUTORIZZ. SCADUTA DATA** | | |  |
|  | **FORNITORE CONVENZ. DI SERVIZI** |  | **COPERTURA ASSICURATIVA** |  | | | **ALTRO** | | **PIANO ASSICURATIVO** | | |  | | | | | | | | |
| **ID ASSICURAZIONE** | | |  | | | | | | **GRUPPO MEDICO** | | |  | | | | **TELEFONO ALTERN.** | |  | | |
| **NOME DEL TITOLARE DELL'ASSICURAZIONE** | | | | | |  | | | | | | **RELAZIONE CON IL PAZIENTE** | | |  | | | | **DATA DI NASCITA** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **AGENZIA RICEVENTE | DOCUMENTAZIONE DI RICEZIONE** | | | |
| **MODALITÀ DI CONSEGNA** |  | **DATA DI RICEZIONE** |  |

|  |
| --- |
| **DICHIARAZIONE DI NON RESPONSABILITÀ**  Qualsiasi articolo, modello o informazione sono forniti da Smartsheet sul sito web solo come riferimento. Pur adoperandoci a mantenere le informazioni aggiornate e corrette, non offriamo alcuna garanzia o dichiarazione di alcun tipo, esplicita o implicita, relativamente alla completezza, l’accuratezza, l’affidabilità, l’idoneità o la disponibilità rispetto al sito web o le informazioni, gli articoli, i modelli o della relativa grafica contenuti nel sito. Qualsiasi affidamento si faccia su tali informazioni è pertanto strettamente a proprio rischio. |