<DATE>

<Member Name>

<Member Address>

<City, State, Zip Code>

Estimado/a<Member Name>:

Gracias por asistir a nuestra reciente reunión para hablar sobre sus necesidades de atención médica. Se adjunta una copia del Plan de atención que desarrollamos juntos el <Date>. Llámeme si tiene alguna pregunta o si desea hablar sobre cualquier cambio en su plan de atención.

Recuerde que mi trabajo como su coordinador de atención médica es el siguiente:

* Proporcionar información sobre los recursos y servicios disponibles para usted.
* Coordinar su atención entre su clínica de atención primaria y especialistas.
* Brindar información que les ayude a usted y a su familia a tomar decisiones sobre su atención médica.

Es importante que se comunique conmigo si tiene alguna visita al hospital o a la sala de emergencias para que podamos revisar el éxito de su plan.

Para contactarme, llame al <Phone Number>. Nuestro horario de atención es de <8:00 a.m. a 4:30 p.m.>. Deje un mensaje en mi buzón de voz si no estoy disponible para atender su llamada, y yo le llamaré. Si no habla inglés, dígame qué idioma habla. Usaré los servicios de un intérprete por teléfono para que me ayude a comunicarme con usted. Si tiene una discapacidad auditiva y usa TTY, llame al 711.

<Additional comments>

Atentamente,

<Care Coordinator's Name, Title>

Coordinador de atención médica de Blue Plus

<Name of County/Clinic/Organization>

DHS\_120920\_KK01 DHS Approved 12/17/2020