

FORMULARIO DE SALUD MENTAL/CONDUCTUAL

2026/2027

Utilice el Formulario de salud mental/conductual para mostrar su comprobante de visita a cualquiera de las siguientes opciones de salud mental o de salud conductual.

** Nota para el proveedor de atención médica: no proporcione ninguna información de salud personal (PHI) en este formulario.*

Nombre del Empleado: _____
(por favor imprimir)

Número de Empleado: _____

Oficina del Proveedor / Nombre: _____

Fecha de la Visita: _____
(Debe estar entre 9/1/2026 – 8/31/2027)

TIPO DE CRIBADO

Esta prueba de visita confirma que el paciente mencionado anteriormente recibió la siguiente atención dentro de las fechas del 1 de septiembre de 2026 al 31 de agosto de 2027.

☐ Proveedor de salud mental/conductual ☐ Proveedor de Spring Health

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

Certifico que el paciente mencionado anteriormente recibió el(los) examen(es) indicados en este formulario.

Firma del Proveedor: _____ Fecha: _____

