



Community Health Network **Self-Referral Form**

Fax completed form to 401-633-6229
or email to CommunityHealthNetwork@ripin.org.

The Community Health Network can connect you to free and low-cost community programs and resources to help you better manage your health. Our trained Patient Navigators will support you through the enrollment process for programs.

Information

Name: _____ Birth Date: / /

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

Phone: _____ Email: _____

Gender: Male Female Other Language: English Spanish Other _____

Doctor's Office: _____ Doctor/NP's Name: _____

Insurance Information

Carrier: BCBSRI United Neighborhood Tufts None Other _____

Coverage Type: Medicare Medicaid Commercial None

I am interested in a Community Health Network Patient Navigator contacting me about free or low-cost programs for:

- Pain Pre-Diabetes Diabetes Improving Balance
- Caregiver Burnout Tobacco Use Arthritis Cancer
- Nutrition Counseling/Healthy Eating High Blood Pressure/Cardiovascular Disease
- Alzheimer's Disease/Dementia Other _____



PH: 401-432-7217
CommunityHealthNetwork@ripin.org
ripin.org/chn





Community Health Network **Hoja de Referido Personal**

Fax o correo electrónico al 401-633-6229
o a CommunityHealthNetwork@ripin.org.

El programa de Red de Salud Comunitaria (Community Health Network, por su nombre en inglés) puede conectarlo con programas y recursos gratis o de bajo costo en su comunidad, para ayudarle a cuidar su salud. Nuestros Navegadores de Pacientes están capacitados y le ayudarán en el proceso de inscripción en programas.

Información

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: / / _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Género: Masculino Femenino Otro Idioma: Inglés Español Otro _____

Oficina del Médico: _____ Nombre de su Médico: _____

Información del Seguro de salud

Carrier: BCBSRI United Neighborhood Tufts Ninguno Otro _____

Tipo de cobertura: Medicare Medicaid Commercial Ninguno

Estoy interesado/a en que un navegador de pacientes de "Community Health Network" se comunique conmigo sobre programas gratis o de bajo costo para:

- | | | |
|--|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta/
Enfermedades cardiovasculares o del corazón | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Mejorar el Balance |
| <input type="checkbox"/> Agotamiento del proveedor de cuidados | <input type="checkbox"/> Dolor | <input type="checkbox"/> Uso de tabaco |
| <input type="checkbox"/> Consejería de nutrición/Alimentación saludable | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Pre-Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer's /Demencia | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Otro _____ |



PH: 401-432-7217
CommunityHealthNetwork@ripin.org
ripin.org/chn

