

**Remisión al programa de Tratamiento Comunitario Asertivo (ACT)
de la Oficina de Salud Mental del Condado de Monroe**

Los servicios de ACT están dirigidos a personas mayores de 18 años con una enfermedad mental grave. Se considera enfermedad mental grave aquella cuyos síntomas incluyen síntomas psicóticos persistentes o trastornos del estado de ánimo importantes y de larga duración. Los beneficiarios de ACT deben tener un diagnóstico psiquiátrico principal, distinto del abuso de sustancias, y haber demostrado dificultades para acceder a los servicios de salud mental tradicionales.

Los servicios forenses ACT atenderán a adultos con trastornos mentales graves involucrados con el sistema de justicia. Además de cumplir con las directrices ACT del estado de Nueva York, todas las derivaciones deberán tener un historial de participación en el sistema de justicia penal, que se define como uno o más de los siguientes:

- Participación en un tribunal de salud mental
- Participación o posible participación en libertad condicional o bajo palabra
- Liberación de la cárcel o prisión dentro del año anterior a la derivación
- Detención preventiva en espera de juicio
- Encarcelamiento en espera de liberación
- Participación en un programa de desvío previo al juicio

Los servicios están dirigidos específicamente a quienes requieren atención clínica intensiva o presentan limitaciones funcionales significativas directamente atribuibles a su enfermedad psiquiátrica, demostradas por al menos tres de las siguientes condiciones. Marque las opciones que describen los factores de riesgo actuales de la persona.

A: Tratamiento actual ordenado por el tribunal, como el Tratamiento Ambulatorio Asistido (TAA). ☐

o el Tribunal de Salud Mental. ☐

B: Dificultad persistente y significativa para realizar las actividades cotidianas o la capacidad de realizarlas únicamente con apoyo intensivo de amigos o familiares. (Ejemplos de estas actividades son obtener servicios médicos, legales y de vivienda; cumplir las necesidades nutricionales y mantener la higiene personal). ☐

Describa:

C: Dificultad significativa y persistente para mantener un empleo o hacer tareas domésticas como preparar comidas, lavar la ropa, administrar el presupuesto y cuidar a los niños. ☐

Describa:

D: Problemas significativos y persistentes para mantener una situación de vida segura. ☐

Describe:

E: Más de dos ingresos psiquiátricos en el último año. ☐

Proporcione un historial completo de hospitalizaciones, incluyendo las fechas y lugares de las hospitalizaciones más recientes:

F: Tres o más visitas a urgencias psiquiátricas en el último año. ☐

Describe las circunstancias:

G: Síntomas psiquiátricos *graves* persistentes, como psicosis, alteración afectiva significativa o ideación suicida intensa. ☐

Sea específico:

H: Alto riesgo de estar en el sistema de justicia penal o antecedentes de estarlo, como resultado directo de los síntomas de su diagnóstico psiquiátrico. ☐

Sea específico:

I: Historial de ideación o gestos violentos. ☐

Describe, incluyendo los desencadenantes significativos y persistentes, los comportamientos y su conexión con los períodos de descompensación:

J: Reside en una residencia para pacientes internos o comunitaria supervisada, pero podría vivir en una situación de vida más independiente si se le proporcionan servicios intensivos, o requerirá ingreso en una residencia o centro de internamiento a menos que se le puedan proporcionar servicios más intensivos. ☐

Sea específico:

Nombre: _____

K: Dificultad documentada y persistente para utilizar eficazmente los servicios ambulatorios tradicionales en consultorio. ☐
Sea específico:

1: Nombre de la persona que requiere los servicios _____	4: Su nombre y su parentesco con la persona que necesita los servicios (por ejemplo, padre, madre, amigo o tutor): Nombre: _____ Relación: _____
2: Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____	5: Nombre de la agencia, si se trata de un profesional de la salud mental u otro proveedor de servicios: _____ Si usted no es el proveedor de tratamiento primario, ha discutido esta derivación con ellos y ellos están de acuerdo: ☐ sí ☐ no; en caso negativo, explique _____
3: Seguro individual (si lo hubiera). <i>A nadie se le negará el servicio por falta de pago: existen tarifas escalonadas disponibles para las personas que no tienen seguro médico.</i> _____ N.º de MEDICAID: _____	6: Su número de teléfono: _____ Mejor hora para llamar: _____

7: Domicilio actual (si la persona no tiene hogar, indique dónde podría encontrarse, como un albergue o un proveedor de servicios):
8: Número de teléfono/contacto actual:
9: Diagnóstico:
10: Factores de seguridad, violencia y riesgo actuales. Incluya cualquier evaluación de riesgos, si hay:
11: Apoyos comunitarios actuales (familiares, amigos, coordinador de atención médica, proveedores de atención ambulatoria, etc.):
12: Asuntos legales:
13: Problemas médicos actuales:
14: Medicación (si toma clozapina, indique la frecuencia de las extracciones de sangre y la fecha de la próxima):
15: Experiencias de tratamiento previas, incluyendo fechas:

16: Anote cualquier necesidad inmediata de atención médica:

**Fecha de recepción de la derivación
por parte de ACT:** _____

**Si es posible, incluya documentación como un resumen clínico, alertas,
evaluaciones de riesgo, información médica, registros de administración de
medicamentos y cualquier resumen de alta reciente.**

El condado de Monroe cuenta con cuatro equipos ACT: tres en Strong Behavioral Health y uno en Rochester Regional Health. Si tiene alguna preferencia, indíquelo a un proveedor.

☐ **Strong Behavioral Health**

Strong Ties ACT Team
2613 West Henrietta Rd.
Rochester, NY 14623
Teléfono: 585-279-4900
Fax: 585-461-9504

☐ **Rochester Regional Health**

Unity ACT Team
89 Genesee St.
Rochester, NY 14611
Teléfono: 585-368-3459
Fax: 585-368-3585

☐ **Strong Behavioral Health**

Project ACT Team
2613 West Henrietta Rd.
Rochester, NY 14623
Teléfono: 585-279-4900
Fax: 585-461-9504

☐ **Strong Behavioral Health/Forensic ACT**

URMC FACT Team
2613 West Henrietta Rd.
Rochester, NY 14623
Teléfono: 585-279-4900
Fax: 585-461-9504

Envíe la referencia y el consentimiento firmado a:

**Punto de Acceso Único (SPOA) del
condado de Monroe**

Oficina de Salud Mental del Condado de Monroe
1099 Jay Street, Bldg J, 3^{er} piso
Rochester, NY 14611
Teléfono: 585-753-2874
FAX: 585-753-2885
Correo electrónico: lbabbitt@monroecounty.gov

Oficina de Salud Mental del Condado de Monroe
Autorización para el uso y la divulgación de información confidencial

Este formulario está diseñado para ser utilizado por organizaciones que colaboran en la planificación, coordinación y prestación de servicios a personas diagnosticadas con alguna discapacidad mental. Permite el uso, la divulgación y la re-divulgación de información confidencial para la coordinación de la atención, la prestación de servicios, el pago de los mismos y las operaciones de atención médica. Este formulario cumple con los requisitos del §33.13 de la Ley de Higiene Mental del Estado de Nueva York, las regulaciones federales de privacidad de registros de alcohol y drogas (42 CFR Parte 2) y la ley federal que rige la privacidad de los registros educativos (FERPA) (20 USC 1232g). No debe utilizarse para información relacionada con el VIH/SIDA. Si bien incluye muchos de los elementos requeridos por 45 CFR 164.508(c), este formulario no constituye una "Autorización" según las normas federales de HIPAA. No se requiere una "Autorización" porque el uso y la divulgación de información de salud protegida se realizan con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. (Véase 45 CFR 164.506.)

1) Por la presente, autorizo el uso y la divulgación de mis registros médicos, de salud mental, de consumo de alcohol y drogas, y educativos, según se describe a continuación.

2) La persona cuya información puede ser utilizada o divulgada es:

Nombre: _____ . Fecha de nacimiento: _____

3) La información que puede ser utilizada o divulgada incluye (marque todas las opciones que correspondan):

- ☐ Registros de salud mental
- ☐ Registros de consumo de alcohol y drogas
- ☐ Registros escolares o educativos
- ☐ Registros médicos
- ☐ Todos los registros mencionados arriba

4) Esta información puede ser divulgada por:

- ☐ Cualquier persona u organización que posea la información que se divulgará
- ☐ Las personas u organizaciones que figuran en el Anexo A
- ☐ Las siguientes personas u organizaciones que me prestan servicios:

5) Esta información podrá divulgarse a:

- ☐ Cualquier persona u organización que necesite la información para prestar servicios a la persona a la que se refiere el registro, pagar por dichos servicios o realizar controles de calidad u otras operaciones de atención médica relacionadas con esa persona.
- ☐ Las personas u organizaciones que figuran en el Anexo A
- ☐ Las siguientes personas u organizaciones:

6) Los fines para los que se puede usar y divulgar esta información incluyen:

- Evaluación de la elegibilidad para participar en un programa financiado por el Departamento de Salud Mental del Condado de Monroe;
- Prestación de servicios, incluyendo la coordinación de la atención y la gestión de casos;
- Pago de servicios; y Operaciones de atención médica, como el control de calidad.

Oficina de Salud Mental del Condado de Monroe
Autorización para usar y divulgar información confidencial (continuación)

7) Entiendo que la ley estatal de Nueva York y la ley federal prohíben a las personas que reciben expedientes de salud mental, abuso de alcohol o drogas y educación, divulgar dichos expedientes sin autorización. También entiendo que no todas las organizaciones que reciben un expediente están obligadas a cumplir con las normas federales de HIPAA que rigen el uso y la divulgación de información de salud protegida. POR LA PRESENTE, AUTORIZO A LAS PERSONAS Y ORGANIZACIONES QUE RECIBEN LOS REGISTROS, DE CONFORMIDAD CON ESTA AUTORIZACIÓN, A DIVULGAR EL REGISTRO Y LA INFORMACIÓN QUE CONTIENE A LAS PERSONAS U ORGANIZACIONES DESCRITAS EN EL PÁRRAFO 5 PARA LOS FINES PERMITIDOS EN EL PÁRRAFO 6, PERO PARA NINGÚN OTRO FIN.

8) Esta autorización vence (marque):

☐ En esta fecha _____

☐ Al ocurrir el siguiente evento _____

9) Esta autorización está sujeta a las siguientes limitaciones:

☐ La exención solo se aplica a los registros del siguiente período de tiempo: _____ a _____

☐ Otras limitaciones: _____

10) Entiendo que este permiso puede ser revocado. Entiendo que, si se revoca, es posible que no pueda seguir participando en ciertos programas. Se me informará de esta posibilidad si deseo revocar el permiso. También entiendo que los registros divulgados antes de la revocación de este permiso podrían no ser recuperados. Cualquier persona u organización que se haya basado en este permiso podrá seguir utilizando o divulgando registros e información de salud protegida según sea necesario para completar el trabajo iniciado gracias a este permiso.

Soy la persona cuyos registros serán utilizados o divulgados. Doy mi autorización para que mis registros sean utilizados y divulgados según se describe en este documento.

Firma

Fecha

Soy el representante legal de la persona cuyos registros serán utilizados o divulgados. Mi relación es _____. Doy mi autorización para usar y divulgar los registros según se describe en este documento.

Firma

Fecha

Nombre en letra imprenta

Anexo A

Esta autorización para divulgar información se aplica a las siguientes organizaciones y a las personas que trabajan en ellas. Estas organizaciones colaboran para prestar servicios a los residentes del condado de Monroe.

Access-VR

Acción para una Mejor Comunidad

Servicios de Protección para Adultos

Centro de Salud Anthony Jordan

Asentamiento de Baden Street

Cuidado Equilibrado

Beacon Health Strategies, LLC (Organización de Atención Administrada de Medicaid)

Blue Cross/Blue Shield del Oeste de Nueva York/Health Now (Organización de Atención Administrada de Medicaid)

Centro Familiar Católico

Servicios Comunitarios de Caridades Católicas

Centro para la Juventud

Servicios de Protección Infantil

Cuidado Comunitario de Rochester, Inc. (Oficina de Enfermería a Domicilio)

Signature Care

Lugar Comunitario del Gran Rochester

Cuidado de Compañía de Rochester

Compeer Rochester

Conifer Park, Inc.

Coordinated Care Services, Inc.

Correct Care Solutions

Centro Infantil Crestwood

Residencia para Mujeres Daisy Marquis Jones

Servicios de Drogas y Alcohol de Delphi

Servicios Comunitarios de DePaul

Departamento de Correcciones y Supervisión

Comunitaria

Vivienda Eagle Star

Corporación East House

Eldersource / Lifespan

Servicios de Consejería Endeavor

Epilepsia-Pralid, Inc.

Excellus/Centene/Evolve Health (Organización de Atención Administrada de Medicaid)

Fidelis (Organización de Atención Administrada de Medicaid)

Agencia de Consejería y Recuperación del Área de Finger Lakes (FLACRA)

Oficina de Servicios para Discapacidades del Desarrollo de Finger Lakes (DDSO)

Centro Gavia LifeCare

Red de Hogares de Salud del Gran Rochester (GRHHN)

Clínica de Salud Mental del Condado de Genesee

Atención Domiciliaria HCR

Hogares de Salud del Norte del Estado de Nueva York (HHUNY)

Helio Health, Inc.

Centro Hickok

Familia de Agencias Hillside

Centro Infantil Hillside

Huther-Doyle Memorial Institute, Inc.

Liga de Acción Iberoamericana

Salud Mental Provisional

Servicio Familiar Judío de Rochester

Centro de Tratamiento Autorizado John L. Norris

Recursos de la Libertad

Atención de por Vida

Colaboración MC

Asociación de Salud Mental de Rochester

Atención Médica Molina

Centro Correccional Monroe

Departamento de Servicios Humanos del Condado de Monroe

Cárcel del Condado de Monroe

Oficina de Salud Mental del Condado de Monroe

Plan Monroe para la Atención Médica, Inc.

MVP (Organización de Atención Administrada de Medicaid)

Alianza Nacional sobre Enfermedades Mentales (NAMI)

New York Care Coordination Program, Inc.

NY Connects

Oficina de Servicios y Apoyo para la Adicción (OASAS)

Oficina para Personas con Discapacidad de Desarrollo (OPWDD) OnTrack NY

Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York

Programa de Tratamiento de Mantenimiento con

Metadona Pathways

Casas Pathway de Rochester

Prime Care (vigente desde el 1/14/18, anteriormente conocido como Correct Care Solutions)

Desarrollo de la Juventud Puertorriqueña

Opciones de Recuperación Simplificadas (ROME)

Asociación de Reinserción del Oeste de Nueva York (RAWNY)

Servicios de Asesoramiento y Evaluación de Rehabilitación, LLC.

Red de Recuperación de Rochester/Monroe

Salud Regional de Rochester

Centro Psiquiátrico de Rochester

Centro de Rehabilitación de Rochester

Servicios Humanos y de Salud Spectrum

Centro Comunitario de Salud Mental Steven Schwarzkopf

The Healing Connection, Inc.

Threshold Center

Trillium Health

United Health Care (Organización de Atención Administrada de Medicaid)

Universidad de Rochester/Hospital Strong Memorial Liga Urbana de Rochester

Programa de Vivienda Asistida de la YWCA

Venture For the, Inc.

Administración de Veteranos

Centro de Asistencia a Veteranos

Villa de la Esperanza

Westfall Associates