

PROGRAMA DE REMISIÓN COMUNITARIA DEL CONDADO DE MONROE PARA LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA

En el condado de Monroe, ya se aceptan derivaciones comunitarias para la gestión de la atención médica domiciliaria (HHCM) para personas con cobertura de Medicaid y personas con doble elegibilidad para Medicaid/Medicare, así como para la gestión de la atención de salud mental para personas que no son elegibles para Medicaid o que no son elegibles para la gestión de la atención médica domiciliaria, por parte de proveedores, organizaciones comunitarias, particulares o familiares.

- La administración de atención médica domiciliaria está a cargo de Health Homes of Upstate New York – Finger Lakes (HHUNY-Finger Lakes) para las personas elegibles para Medicaid y las personas con doble elegibilidad para Medicaid/Medicare.
- La administración de atención de salud mental para personas no elegibles para Medicaid se gestiona a través de la Oficina de Salud Mental del Condado de Monroe para personas con un diagnóstico principal de salud mental que no cumplen los requisitos para la gestión de atención médica domiciliaria.

Las personas deben cumplir con todos los requisitos de elegibilidad para poder ser consideradas para la inscripción. Verifique el tipo de gestión de atención para el que la persona califica:

Administración de atención médica no cubierta por Medicaid	Administración de atención médica domiciliaria
1. La persona no cumple los requisitos para recibir servicios de administración de atención médica domiciliaria porque: • No cumple los requisitos para Medicaid; O • No cumple los criterios de elegibilidad del Departamento de Salud; Y 2. Tiene un diagnóstico principal de salud mental; Y 3. Reside en el condado de Monroe; Y 4. Presenta factores de riesgo conductuales, médicos o sociales significativos que pueden abordarse mediante la gestión de la atención.	1. La persona cumple con los criterios de elegibilidad del Departamento de Salud del Estado de Nueva York (NYS DOH): • dos condiciones médicas crónicas, O • VIH/SIDA y riesgo de desarrollar otra condición médica crónica O, • una o más enfermedades mentales graves; Y 2. La persona cuenta actualmente con Medicaid activo o con Medicaid y Medicare; Y 3. La persona reside o recibe servicios en el condado de Monroe; Y ☐ 4. La persona presenta factores de riesgo conductuales, médicos o sociales significativos que pueden abordarse mediante la administración de atención.

Cómo realizar una derivación a Administración de Atención (CM):

1. Complete el formulario de solicitud de derivación adjunto, incluyendo la mayor cantidad de detalles posible para que los Centros de Salud y la Oficina de Salud Mental del Condado de Monroe / Punto Único de Acceso (SPOA) puedan determinar la elegibilidad. **SE REQUIERE UN DIAGNÓSTICO PARA PROCESAR LA DERIVACIÓN.**
2. Adjunte el formulario de "Consentimiento para la divulgación de información médica" firmado.
3. Envíe la solicitud completa y el consentimiento por correo electrónico seguro, fax o correo postal a UNA de las siguientes direcciones:

ADMINISTRACIÓN DE ATENCIÓN NO CUBIERTA POR MEDICAID	ADMINISTRACIÓN DE ATENCIÓN DOMICILIARIA SANITARIA: HOGARES SANITARIOS
 Servicios prioritarios de la Oficina de Salud Mental del Condado de Monroe	 Centros de salud del norte del estado de Nueva York: Finger Lakes
Lisa Babbitt o Courtney Ponder lbabbitt@monroecounty.gov Courtneyponder@monroecounty.gov Teléfono: (585) 753-2874 Fax: (585) 753-2885 Dirección postal: Monroe County SPOA, 1099 Jay St., Bldg J, 3^{er} piso, Rochester, NY 14611	HHUNY referrals@hhuny.org Teléfono: 1-855-613-7659 Fax: 585-613-7670 Dirección postal: Community Referral Health Homes of Upstate NY 1150 University Ave, Suite 142A Rochester, NY 14607 Referencias en línea en www.hhuny.org

Las personas aprobadas serán asignadas a una agencia de Administración de Atención (CM) que se encargará de contactarlas y brindarles servicios de Administración de Atención. Los servicios de Administración de Atención son voluntarios y se solicitará el consentimiento de la persona durante el proceso de contacto y participación.

Solicitud de remisión comunitaria

Información de Identificación			
Nombre:		Fecha de nacimiento:	Sexo:
Dirección:		Número de Identificación de Medicaid (CIN):	
		Nombre de la Organización de Atención Administrada de Medicaid	
		Condado de residencia:	
Teléfono:		Correo electrónico:	
Indique si necesita servicios de interpretación o traducción; especifique el idioma que habla si no es inglés:			
Información de identificación para contactos adicionales			
Nombre:		Teléfono:	
Información sobre los servicios que se prestan actualmente			
Mencione sus proveedores actuales de tratamiento médico o de salud mental, si los conoce:			
<i>Indique la agencia de administración de atención preferida o recomendada, si la hubiera.</i>			
Información sobre la categoría de elegibilidad: marque todas las opciones que correspondan.			
Administración de atención médica domiciliaria: debe cumplir solo con A, solo con B o dos C y TENER Medicaid activo. Administración de atención no cubierta por Medicaid: debe cumplir con A o C como diagnóstico principal y NO TENER Medicaid activo.			
Marque		Categoría	Especifique el diagnóstico; Proporcione los detalles disponibles (OBLIGATORIO) o no se procesará.
	A	Trastorno emocional grave	
	B	VIH/SIDA y riesgo de desarrollar otra enfermedad crónica	
	C	Trastorno de salud mental	
	C	Trastorno por consumo de sustancias	
	C	Asma	
	C	Diabetes	
	C	Enfermedad cardíaca	
	C	IMC > 25	
	C	Otras enfermedades crónicas (especifique)	

Necesidades de administración de atención: marque todas las opciones que correspondan y especifique los detalles		
Marque	Categoría	Explique la necesidad de administración de atención y factores - <i>OBLIGATORIO</i>
	Riesgo probable de evento adverso	
	Uso repetido de urgencias/ hospitalización, incluido el uso evitable de urgencias	
	Falta de apoyo social, familiar o de vivienda, o apoyo social inadecuado	
	Falta de conectividad o conectividad inadecuada con el sistema de atención médica	
	Incumplimiento de los tratamientos o medicamentos o dificultad para administrarlos	

Necesidades de administración de atención: marque todas las opciones que correspondan y especifique los detalles (continuación)

Marque	Categoría	Explique la necesidad de administración de atención y factores - <i>OBLIGATORIO</i>
	Recién salido de prisión	
	Recientemente dado de alta de hospitalización psiquiátrica	
	Déficits en actividades de la vida diaria como vestirse, comer, etc.	
	Problemas de aprendizaje o cognición	
	Necesidades económicas	

Riesgos y cuestiones de seguridad: marque todas las opciones que correspondan			
Marque	Preocupación	Marque	Preocupación
☐	Ideación suicida	☐	Antecedentes de intentos de suicidio
☐	Ideación homicida	☐	Antecedentes de violencia
☐	Abuso activo de sustancias	☐	Entorno de vida inseguro
☐	Otra: especifique	☐	

Proporcione información adicional sobre los riesgos y las cuestiones de seguridad que se han marcado arriba.

Descripción

Proporcione cualquier información adicional que pueda ser útil para la asignación a una agencia de administración de atención. Si se conocen, incluya las fortalezas o intereses de la persona referida.

Información de contacto de la persona que realiza la derivación	
Nombre:	Título:
Organización:	
Teléfono:	Correo electrónico:

Autorización para usar y divulgar información confidencial

Al firmar este Formulario de Consentimiento, usted autoriza a las personas involucradas en su atención médica a compartir su información médica para que sus médicos y otros proveedores tengan una visión completa de su estado de salud y puedan brindarle una mejor atención. Su historial médico contiene información sobre sus enfermedades, lesiones, medicamentos o resultados de pruebas. Este historial puede incluir información confidencial, como información sobre su estado serológico respecto al VIH, historial de salud mental, historial de salud reproductiva, tratamiento por consumo de drogas y alcohol, e información genética.

Si autoriza la divulgación, su información médica se utilizará únicamente para brindarle administración de atención y servicios sociales y de salud relacionados. Esto incluye la derivación de un proveedor a otro, consultas sobre su atención, la prestación de servicios de gestión de la atención y la coordinación de la atención entre proveedores. Su información médica solo podrá divulgarse nuevamente según lo permitan las leyes y regulaciones estatales y federales. Estas leyes limitan la divulgación de información sobre su tratamiento en un programa de abuso de sustancias o salud mental, información relacionada con el VIH, historial genético e historial de enfermedades de transmisión sexual.

Su decisión de dar o negar su consentimiento para divulgar su información médica no será motivo para la denegación de servicios de salud o seguro médico. Puede revocar su consentimiento en cualquier momento firmando el Formulario de Revocación de Consentimiento y entregándolo a uno de los proveedores que figuran en el Anexo A. Sin embargo, cualquier persona que reciba información mientras su consentimiento esté vigente podrá conservarla. Incluso si revoca su consentimiento, no están obligados a devolverle su información ni a eliminarla de sus registros. Tiene derecho a obtener una copia de este Formulario de Consentimiento una vez firmado.

Consentimiento para la divulgación de información médica

La persona cuya información puede ser utilizada o divulgada es:

Nombre: _____.

Fecha de nacimiento: _____.

1. La información que puede divulgarse incluye todos los registros de diagnóstico y tratamiento médico, así como todos los registros educativos, incluyendo, entre otros: registros de salud mental (excepto las notas de psicoterapia, cuya divulgación está prohibida); registros de tratamiento por abuso de sustancias; información relacionada con el VIH; información genética; información sobre enfermedades de transmisión sexual; y registros educativos.
2. Esta información puede divulgarse a las personas u organizaciones que figuran en el Anexo A.
3. Esta información puede ser divulgada por cualquier persona u organización que posea un registro descrito a continuación, incluyendo aquellos que figuran en el Anexo A.
4. El uso y la divulgación de esta información solo se permiten cuando sea necesario para la prestación de servicios sociales y de salud, incluyendo la divulgación, la planificación de servicios, las derivaciones, la coordinación de la atención, la atención directa y el monitoreo de la calidad del servicio.
5. Este permiso vence el _____ (fecha).
6. Entiendo que este permiso puede ser revocado. 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 información médica según sea necesario para completar el tratamiento.

Soy la persona cuyos registros serán utilizados o divulgados, o su representante legal. (Si es su representante legal, indique su parentesco _____).

Autorizo el uso y la divulgación de mis registros según se describe en este documento.

Firma

Fecha

Consentimiento verbal obtenido por: (Teléfono/En persona) _____ de: (Cliente o representante) _____

Por nombre y cargo: _____ Fecha: _____

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	Liga de Acción Iberoamericana
Acción para una Mejor Comunidad	Salud Mental Provisional
Servicios de Protección para Adultos	Servicio Familiar Judío de Rochester
Centro de Salud Anthony Jordan	Centro de Tratamiento de Adicciones John L. Norris
Asentamiento de Baden Street	Recursos de la Libertad
Cuidado Equilibrado	Atención de por Vida
Beacon Health Strategies, LLC (Organización de Atención Administrada de Medicaid)	Colaboración MC
Blue Cross/Blue Shield del Oeste de Nueva York/Health Now (Organización de Atención Administrada de Medicaid)	Asociación de Salud Mental de Rochester
Centro Familiar Católico	Atención Médica Molina
Servicios Comunitarios de Caridades Católicas	Centro Correccional Monroe
Centro para la Juventud	Departamento de Servicios Humanos del Condado de Monroe
Servicios de Protección Infantil	Cárcel del Condado de Monroe
Cuidado Comunitario de Rochester, Inc. (Oficina de Enfermería a Domicilio)	Oficina de Salud Mental del Condado de Monroe
Signature Care	Plan Monroe para la Atención Médica, Inc.
Lugar Comunitario del Gran Rochester	MVP (Organización de Atención Administrada de Medicaid)
Cuidado de Compañía de Rochester	Alianza Nacional sobre Enfermedades Mentales (NAMI)
Compeer Rochester	New York Care Coordination Program, Inc.
Conifer Park, Inc.	NY Connects
Servicios de Atención Coordinada, Inc.	Oficina de Servicios y Apoyo para la Adicción (OASAS)
Correct Care Solutions	Oficina de Personas con Discapacidad de Desarrollo (OPWDD)
Centro Infantil Crestwood	OnTrack NY
Residencia para Mujeres Daisy Marquis Jones	Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York
Servicios de Drogas y Alcohol de Delphi	Programa de Tratamiento de Mantenimiento con Metadona Pathways
Servicios Comunitarios de DePaul	Casas Pathway de Rochester
Departamento de Correcciones y Supervisión	Prime Care (vigente desde el 1/14/18, anteriormente conocido como Correct Care Solutions)
Comunitaria Eagle Star Housing	Desarrollo de la Juventud Puertorriqueña
East House Corporation	Opciones de Recuperación Simplificadas (ROME)
Eldersource / Lifespan	Asociación de Reinserción del Oeste de Nueva York (RAWNY)
Endeavor Counseling Services	Servicios de Asesoramiento y Evaluación de Rehabilitación, LLC.
Epilepsy-Pralid, Inc.	Red de Recuperación de Rochester/Monroe
Excellus/Centene/Evolve Health (Organización de Atención Administrada de Medicaid)	Salud Regional de Rochester
Fidelis (Organización de Atención Administrada de Medicaid)	Centro Psiquiátrico de Rochester
Agencia de Asesoramiento y Recuperación del Área de Finger Lakes (FLACRA)	Centro de Rehabilitación de Rochester
Oficina de Servicios para Discapacidades del Desarrollo de Finger Lakes (DDSO)	Servicios Humanos y de Salud Spectrum
Centro Gavia LifeCare	Centro Comunitario de Salud Mental Steven Schwarzkopf
Red de Hogares de Salud del Gran Rochester (GRHHN)	The Healing Connection, Inc.
Clínica de Salud Mental del Condado de Genesee	Threshold Center
HCR Home Care	Trillium Health
Hogares de Salud del Norte del Estado de Nueva York (HHUNY)	United Health Care (Organización de Atención Administrada de Medicaid)
Helio Health, Inc.	Universidad de Rochester/Hospital Strong Memorial
Centro Hickok	Liga Urbana de Rochester
Hillside Family of Agencies	Programa de Vivienda Asistida de la YWCA
Centro Infantil Hillside	Venture For the, Inc.
Huther-Doyle Memorial Institute, Inc.	Administración de Veteranos
	Centro de Asistencia a Veteranos
	Villa de la Esperanza
	Westfall Associates