

Lista de cotejo de materiales de apoyo para revisión por el comité de certificación de Pre-admisión

LISTA DE COTEJO PARA MATERIALES DE APOYO: Para prevenir atrasos en el procesamiento de esta solicitud, por favor llene todos los datos de identificación por completo y proporcione toda la información requerida. (Todos los materiales enumerados a continuación son requeridos para determinar elegibilidad para RTF y discapacidad para Medicaid). De acuerdo a la región del PACC, por favor provea el siguiente número de copias intercaladas (ordenadas): **REGIÓN OCCIDENTAL, 5 copias intercaladas (1 contiene consentimientos originales, 4 copias) & PORTADA Y NARRATIVA DE SPOA**

1. PORTADA "ACCEDER A UNA INSTALACIÓN DE TRATAMIENTO RESIDENCIAL a través de SPOA"

2. CONSENTIMIENTOS / FORMULARIOS DE DIVULGACIÓN PARA:

- solicitud para una revisión de RTF por PACC
- divulgación de información firmada por p/madre/tutor(a) o cuando sea apropiado, el niño/joven que otorga permiso al PACC para remitir a y divulgar información a los proveedores de RTF
- determinación de discapacidad
- proporcionar información al comité de educación especial
- COPIA DE LA PARTIDA DE NACIMIENTO, TARJETA(S) DE SEGURO DE SALUD (Frente y Reverso)

3. RESUMEN DE LA REMISIÓN: adjunto es un breve resumen de las características más sobresalientes del caso, incluyendo ejemplos y descripciones de las conductas que son típicas de la respuesta del joven a la colocación actual. Incluye la información actual respecto al desempeño de actividades apropiadas para la edad, intereses, destrezas para el cuidado propio, habilidad para relacionarse con otros y certificación por un profesional de salud mental que esté familiarizado con el caso de que los materiales adjuntos reflejan con precisión el nivel actual de funcionamiento del joven. En resumen, por qué el nivel de atención de RTF servirá a las necesidades del niño.

4. RESUMEN PSIQUIÁTRICO: Adjunto se encuentra una copia de la evaluación psiquiátrica más reciente (Fecha: _____) que incluye el estado mental actual, historial de la atención y tratamiento psiquiátrico previo, formulación del diagnóstico (con ejemplos claros que corroboran los principios clínicos), diagnóstico DSM IV/V, pronóstico y un resumen breve de los medicamentos psicotrópicos pasados y presentes y su eficacia. **Un examen psiquiátrico completo debe haber sido hecho dentro del pasado año, con una actualización dentro de los pasados 90 días desde la remisión, verificando que el examen psiquiátrico refleja con precisión el nivel de funcionamiento actual del joven. La actualización hecha por el médico que le trata (MD) – PACC puede requerir un examen psiquiátrico actualizado con menos de 90 días basado en la condición clínica actual del joven.**

5. RESUMEN PSICOLÓGICO: Adjunto se encuentra una copia de la evaluación psicológica más reciente (Fecha: _____) que incluye una evaluación del funcionamiento sensorial-motriz, estado mental, historial previo de problemas psicológicos, destrezas conductuales y déficits, cognición del lenguaje, destrezas de ayuda propia, funcionamiento socio-afectivo, funcionamiento intelectual (incluyendo IQ) y pronóstico. Si está disponible, se adjunta una evaluación del funcionamiento psicodinámico incluyendo etiología tentativa y respuesta a los esfuerzos de tratamiento previo. Donde sea apropiado, se debe proporcionar ejemplos descriptivos claros que corroboran los principios clínicos. **El examen psicológico debe reflejar precisamente el nivel actual de funcionamiento del joven. El examen psicológico completo debe ser firmado por un psicólogo licenciado y haber sido hecho dentro de los pasados 2 – 3 años.**

6. PSICOSOCIAL que también incluye lo siguiente:

a) HISTORIAL DEL DESARROLLO: Adjunto se encuentra una evaluación del historial del desarrollo del joven que incluye, cuando esté disponible y sea apropiado, una evaluación de los períodos pre-, peri- y post-natal, etapas y problemas del desarrollo y problemas y los problemas y experiencias que han interferido con el desarrollo futuro, relaciones con compañeros y/o actividades.

b) SITUACIÓN AMBIENTAL/FAMILIAR/SOCIAL: Adjunto se encuentra una evaluación de las relaciones familiares y comunitarias, y donde sea apropiado y esté disponible, características de las interacciones con grupos de compañeros y adultos, condición socioeconómica, constitución del grupo familiar, factores emocionales y de salud de la familia, afiliación religiosa y étnica, problemas actuales y pasados de la familia, expectativas de la familia y predicción de la participación en el tratamiento. **(Una evaluación de la familia debe haberse hecho dentro del pasado año.)**

7. RESUMEN EDUCATIVO/VOCACIONAL: Adjunto se encuentra una evaluación del estado escolar actual y previo y las habilidades/problemas vocacionales que incluyen, cuando estén disponibles y apropiado, resultados de las pruebas intelectuales o de aprovechamiento, conducta general en el salón de clase, relación con maestros y compañeros, habilidad para terminar el trabajo, precisión del trabajo, uso del tiempo libre, motivación, incentivos/reforzadores efectivos **(se debe observar si el solicitante ha sido o no revisado por el CSE; de ser así, las recomendaciones y al menos la Fase I de un IEP debe adjuntarse)**, destrezas de trabajo actuales y potencial para mejorar o desarrollar nuevas destrezas, susceptibilidad al asesoramiento vocacional, la aptitud, los intereses y la motivación para participar en diversas actividades relacionadas con el trabajo, habilidades físicas, habilidades y experiencia en la búsqueda de trabajos. **(Se debe haber realizado un resumen de Educación / Vocacional dentro de los últimos seis meses).**

8. CONDICIÓN FÍSICA: Adjunto se encuentra un resumen y evaluación más reciente (Fecha: _____) de la condición física del joven. Los materiales incluyen una declaración de la salud general, examen físico general, evaluaciones dentales y de visión, y cuando sea apropiado y esté disponible, un examen neurológico, informes de serología y hemoglobina, examen de la orina, rayos-x del pecho o informe de prueba de tyne, evaluación nutricional y cualquier otro hallazgo físico. **(Un examen físico debe haber sido hecho dentro del pasado año, a menos que haya un problema médico continuo, en cuyo caso, dentro de los 30 días desde el momento de la remisión.)**

Lo siguiente no es requerido para revisión por el PACC pero es **obligatorio** para admisión a una RTF si es elegible

- EXPEDIENTE DE INMUNIZACIÓN
- TARJETA DE SEGURO SOCIAL (copia)

Estado de Nueva York

Instalación de Tratamiento Residencial

OFICINA DE SALUD MENTAL

MATERIAL DE REMISIÓN

Información del solicitante:

Fecha Recibida: _____

Apellido _____ Primer Nombre _____ Entorno Actual (Hogar, Hospital, etc.) _____

Condado de origen del joven		Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
¿Es el niño beneficiario de SSI? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Etnicidad: <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Eurasia <input type="checkbox"/> Desconocida <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Indígena Americana <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> Otra: _____	IQ - Escala Total	Fecha Prueba de IQ	Ciudadanía <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Extranjera
9 dígitos del # de Seguro Social (123-45-6789)		8 dígitos # de Medicaid (AA12345A)		

Tutor(es) del joven: INCLUYA INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA P/MADRE & ASISTENTE SOCIAL DE DSS U OTRO

P/madre Pariente DSS OCFS Corte de Familia Otro Adoptado No Adoptado

Título Nombre Apellido Relación con el Niño (Madre, Padre, DSS)

Dirección de la Calle Teléfono: (Área) 123-4567

Ciudad Estado Código Postal Condado

Si usted marcó OCFS, Corte de Familia u otro anteriormente, por favor explique (colocación restrictiva, Delincuente Juvenil-Delincuente, Caso Pendiente, etc.)

Distrito escolar de origen del joven

Distrito Escolar:

Contacto CSE:

Teléfono de CSE:
(área) 123-4567

Contacto de Remisión:

P/madre Tutor(a) Legal Agencia Si mismo Otro

Título	Nombre	Apellido	AGENCIA o FUENTE
Teléfono			
Otro			Dirección
Correo Electrónico		Ciudad	Estado Código Postal

SOLO PARA USO DE LA OFICINA _____ STATUS: _____ CONDADO: _____



AUTORIZACIÓN PARA REVISIÓN POR UN COMITÉ DE CERTIFICACIÓN DE PRE ADMISIÓN PARA LA DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA EL TRATAMIENTO RESIDENCIAL

Nombre del joven (Apellido)	(Nombre)	(Inicial)	Fecha de nacimiento del joven
-----------------------------	----------	-----------	-------------------------------

Dirección del joven

Nombre de la fuente de remisión

Dirección de la fuente de remisión

Yo, o mi representante autorizado, solicito que se divulgue la información de salud con respecto a la atención y el tratamiento del menor mencionado anteriormente como se establece en este formulario. De acuerdo con la Ley del Estado de Nueva York y la Regla de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro de Salud del 1996 (HIPAA), entiendo que:

- Se requiere una autorización específica para usar o divulgar diagnósticos de drogas o alcohol o información de tratamiento o información confidencial relacionada con el VIH.
- Tengo derecho a saber qué información sobre el joven se ha divulgado y por qué, cuándo y con quién se divulgó.
- Tengo derecho a cancelar mi autorización para divulgar información notificándolo por escrito a la agencia remitente o al Coordinador de PACC, o para retirarme del proceso de referencia de RTF en cualquier momento antes de que se divulgue. Esto impedirá que un PACC divulgue información después de que mi consentimiento haya sido retirado.
- También entiendo que un Comité de Certificación de Pre Admisión (PACC, siglas en inglés) puede estar compuesto por representantes de las siguientes agencias:
Oficina de Salud Mental Oficina de Servicios al Niño y la Familia Departamento de Educación Estatal Punto Único de Acceso (SPOA)
- Autorizo que se divulgue la información clínica y educativa a un Comité de Certificación de Pre Admisión (PACC) con respecto al joven nombrado anteriormente. Entiendo que un Comité de Certificación de Pre Admisión revisará y evaluará esta información para determinar la elegibilidad del joven para los servicios en una Instalación de Tratamiento Residencial (RTF, siglas en inglés) y mantendrá la confidencialidad de esta información. Entiendo que la información se compartirá en forma escrita, en reuniones, por teléfono o por datos computarizados.
- Autorizo a un Comité de Certificación de Pre Admisión a compartir la información anterior con la(s) Facilidad(es) de Tratamiento Residencial(es) apropiada(s) para remitir al joven a una posible admisión, que puede incluir una remisión a RTF fuera de esta región. Entiendo que esta información se utilizará para evaluar al joven para su posible admisión a las RTF y que las RTF mantendrán la confidencialidad de esta información.
- Si el PACC encuentra al joven elegible para RTF, autorizo a un Comité de Certificación de Pre admisión a compartir la información anterior con el Comité de Educación Especial (CSE) del Distrito Escolar de Residencia _____ para solicitar que el CSE evalúe al joven. Autorizo al PACC a obtener la evaluación del CSE y las recomendaciones por escrito para los servicios educativos apropiados mientras el joven asiste a un Centro de Tratamiento Residencial (Ley SED Artículo 81 § 4005.1.d-e). Si el joven está en el hospital en el momento de remisión el distrito escolar de residencia será el distrito escolar de residencia en el momento en que ingresó al hospital.
- Este consentimiento para compartir información caducará: a) seis meses a partir de la fecha de la firma si el joven no es admitido a una RTF o b) Cuando el joven es dado de alta de una RTF. El PACC puede solicitar una autorización actualizada para continuar el proceso de remisión/admisión.



AUTORIZACIÓN PARA REVISIÓN POR UN COMITÉ DE CERTIFICACIÓN DE PRE ADMISIÓN PARA LA DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA EL TRATAMIENTO RESIDENCIAL

Esta autorización debe ser completada por el padre/tutor legal y los jóvenes cuando corresponda para usar/divulgar la información, de acuerdo a las leyes y reglamentaciones estatales y federales. La información se puede divulgar conforme a esta autorización a las partes identificadas en este documento que tengan una necesidad demostrable de la información, siempre que no se espere razonablemente que la divulgación sea perjudicial para el paciente o para otra persona.

NOTA DONDE LA INFORMACIÓN ACOMPAÑA ESTE FORMULARIO DE DIVULGACIÓN: Esta información le ha sido revelada de los registros protegidos por las reglas de confidencialidad federales (42 CFR Parte 2 y HIPAA). Las reglas federales le prohíben a usted divulgar más esta información a menos que otra divulgación esté expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona a la que pertenece o según lo permitido por 42 CFR Parte 2 y/o HIPAA. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información NO es suficiente para este propósito. Las normas federales restringen el uso de la información para investigar o enjuiciar penalmente a cualquier paciente con abuso de alcohol o drogas.

Firma del joven (cuando sea apropiado y esté disponible)

Firma del padre/tutor legal

Relación

Imprimir el nombre firmado

Fecha de la firma

Firma del testigo

Título

Imprimir el nombre firmado

Fecha de la firma

Firma de la persona que complete el formulario (Si diferente del padre/tutor)

Título

Imprimir el nombre firmado

Fecha de la firma

PARA USO DE OMH SOLAMENTE

CONSENTIMIENTO HA SIDO:

- Revocado en su totalidad
Revocado parcialmente como sigue:

Carta (Adjunte copia)

FECHA SOLICITUD FUE RECIBIDA:

REPRESENTANTE DE OMH QUE RECIBE LA SOLICITUD:

(NOMBRE COMPLETO Y TÍTULO DEL REPRESENTANTE DE OMH)

(DIRECCIÓN COMPLETA DEL REPRESENTANTE DE OMH)



SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE INCAPACIDAD

Nombre del joven: _____

Fecha de nacimiento: _____

La presente es para solicitar que un Comité de Certificación de Pre Admisión designado por la Oficina de Salud Mental y el Departamento de Servicios Sociales determine si el joven mencionado anteriormente está discapacitado para los propósitos del Programa de Asistencia Médica.

Autorizo a un Comité de Certificación de Pre Admisión (PACC) para que revise y evalúe cualquier información de salud mental, salud o educación que haya recibido para evaluar si el joven mencionado anteriormente está discapacitado. También autorizo a un PACC a solicitar aclaraciones u obtener documentación adicional necesaria para confirmar o verificar esta información para determinar si está discapacitado.

Entiendo que este formulario no es una solicitud o una nueva solicitud de beneficios de Asistencia Médica, y que un PACC determinará si el joven mencionado anteriormente está discapacitado, pero no si es elegible para recibir Asistencia Médica.

Firma del padre/tutor legal

Relación

Fecha de la firma

Instalación de Tratamiento Residencial/Determinación de Medicaid

State of New York
OFFICE OF MENTAL HEALTH

MATERIAL DE REMISIÓN

RESUMEN DE LA REMISIÓN

Resumen de la Remisión Sí No

SPOA Contactado: Sí No

Resumen

SPOA & Instalación de Tratamiento Residencial

State of New York
OFFICE OF MENTAL HEALTH

MATERIAL DE REMISIÓN

RESUMEN PSIQUIÁTRICO

¿Se incluye evaluación psiquiátrica? Sí No
¡Incluye un Diagnóstico con Multi-Axis & firmado por un psiquiatra!

¿Psiquiátrico actualizado dentro de los pasados 90 días? Sí No
¡Incluye un Diagnóstico con Multi-Axis & firmado por un psiquiatra!

Diagnóstico del Axis Primario:

Axis 1: _____

Axis 2: _____

Axis 3: _____

Axis 4: _____

Axis 5: _____

Adjunte documentación de apoyo

SPOA & Instalación de Tratamiento Residencial

State of New York

OFFICE OF MENTAL HEALTH

MATERIAL DE REMISIÓN

RESUMEN PSICOLÓGICO

Evaluación Psicológica Adjunta: Sí No

IQ de Escala Total: _____ IQ Verbal: _____
IQ de Desempeño: _____

Fecha de Evaluación Psicológica: _____

Adjunte documentación de apoyo

SPOA & Instalación de Tratamiento Residencial

State of New York
OFFICE OF MENTAL HEALTH

MATERIAL DE REMISIÓN

RESUMEN PSICOSOCIAL

Resumen Psicosocial

Incluyendo HISTORIAL FAMILIAR E INFORMACIÓN DEL DESARROLLO

Está adjunto: Sí No

Adjunte documentación de apoyo

SPOA & Instalación de Tratamiento Residencial

State of New York
OFFICE OF MENTAL HEALTH

MATERIAL DE REMISIÓN

RESUMEN EDUCATIVO

Resumen Educativo adjunto: Sí No

Plan de Educación Individualizado

(IEP) está adjunto: Sí No

Adjunte documentación de apoyo

SPOA & Instalación de Tratamiento Residencial

State of New York
OFFICE OF MENTAL HEALTH

MATERIAL DE REMISIÓN

CONDICIÓN FÍSICA

Resumen Médico adjunto: Sí No

Expediente de Inmunización adjunto: Sí No

Adjunte documentación de apoyo
