

OFICINA DE SALUD MENTAL DEL CONDADO DE MONROE

PAQUETE DE REMISIÓN PARA EL PUNTO ÚNICO DE ACCESO PARA ADULTOS

Gracias por su interés en los Programas Residenciales de Salud Mental para Adultos del Condado de Monroe. La siguiente información le ayudará a comprender el proceso, elegir el nivel de atención adecuado y enviar la información necesaria para proceder con esta derivación.

Proceso de derivación:

Las derivaciones pueden provenir de diversas fuentes. Las derivaciones para residencias pueden enviarse por fax al 585-753-2885. La oficina de Salud Mental del Condado de Monroe (OMH) se encuentra en 1099 Jay St., Edificio J, 3.er piso, Rochester, NY 14611. Atención: Lisa Babbitt o Courtney Ponder.

Cada paquete de derivación debe completarse minuciosamente. Se requiere toda la información, incluyendo el Formulario de Consentimiento para la Divulgación de Información firmado (incluido en este paquete). Todos los documentos requeridos deben acompañar esta derivación para evitar demoras. Si no se adjunta el formulario de consentimiento completo, se debe proporcionar una explicación en el mismo.

Todas las derivaciones para residencias se envían al Administrador del Punto Único de Acceso del Condado de Monroe y se presentan al Comité Central de Admisión. El comité se reúne semanalmente.

El Comité de Residencias está compuesto por un representante del Centro Psiquiátrico de Rochester, incluyendo Family Care, la Residencia Comunitaria John Romano y la Residencia de Transición Elmwood. También estarán presentes representantes de East House Corporation y de DePaul Community Services. Contar con la representación de todos estos servicios garantiza una derivación más eficiente al servicio adecuado.

Tras la presentación de un caso, se producirá uno de los siguientes resultados:

- Se evaluará al cliente para un programa residencial.
- El cliente será inscrito en uno de los programas.
- El cliente será incluido en una lista de espera.
- Se recomendará un plan alternativo si no se puede atender la solicitud de derivación y se justificará el motivo de la no aceptación.

Para acceder a los servicios residenciales, las personas deben cumplir los siguientes requisitos:

- Deben tener un diagnóstico de enfermedad mental primaria.
- Deben ser mayores de 18 años.
- Deben presentar limitaciones en diversas áreas de su funcionamiento debido a su enfermedad mental.

Se enviará una respuesta a la agencia remitente indicando la decisión del Comité Central de Admisión.

Cualquier pregunta sobre este proceso puede dirigirse al Programa de Punto Único de Acceso (SPOA).

Lisa Babbitt 585-753-2874 lbabbitt@monroecounty.gov

Courtney Ponder 585-753-2617 courtneyponder@monroecounty.gov

OFICINA DE SALUD MENTAL DEL CONDADO DE MONROE SERVICIOS RESIDENCIALES PARA ADULTOS

A continuación se describen los diferentes niveles de atención residencial.

Residencia Comunitaria: DePaul y East House ofrecen programas de Residencia Comunitaria. Todos cuentan con personal las 24 horas. Los residentes trabajan en planes de rehabilitación para desarrollar habilidades que les permitan vivir de forma más independiente. Estos programas albergan de 9 a 14 personas. Los programas de Residencia Comunitaria son de transición y tienen una duración limitada.

Residencia Comunitaria Estatal (SOCR): El Centro Psiquiátrico de Rochester ofrece programas de Residencia Comunitaria, conocidos como Residencia Comunitaria John Romano, con capacidad para hasta 12 personas, y la Residencia de Transición Elmwood, con capacidad para hasta 29 personas. Cuentan con personal las 24 horas y los residentes trabajan en el desarrollo de habilidades de rehabilitación para pasar a otro programa de Residencia Comunitaria o a la vida independiente. Este programa suele contar con personal adicional, es de transición y tiene una duración limitada de 6 meses a 2 años.

Programas de Apartamentos de Tratamiento: East House y DePaul ofrecen programas de Apartamentos de Tratamiento. Se trata de entornos más pequeños para entre una y tres personas. Estos programas cuentan con diversos tipos de personal. Los participantes trabajan en planes de rehabilitación para desarrollar habilidades que les permitan vivir de forma más independiente. Son programas de transición con estancias de duración limitada.

Residencias de Habitación Individual (SRO): DePaul gestiona residencias de Habitación Individual. Cada programa cuenta con entre 75 y 100 residentes en habitaciones individuales. Este programa ofrece alojamiento de transición con personal las 24 horas. Se incluyen las comidas, se puede supervisar la medicación y se planifican actividades.

Cuidado familiar: El Centro Psiquiátrico de Rochester ofrece un Programa de Cuidado Familiar en cinco condados. Este programa consiste en que particulares reciben un estipendio por acoger en sus hogares a personas en recuperación de una enfermedad mental. Cada hogar tiene entre uno y cuatro residentes. Estos hogares no ofrecen supervisión las 24 horas. Se espera que los residentes asistan a algún programa diurno y que cumplan con su medicación. Estos hogares se encuentran en Rochester y en zonas rurales aledañas. No hay límite de tiempo para la permanencia de un residente en el programa..

Vivienda con apoyo: DePaul Community Services, East House Corp., IBERO American Action League y Recovery Options Made Easy cuentan con Programas de Vivienda con Apoyo. Estos programas ayudan a las personas a encontrar y mantener una vivienda independiente en la comunidad. Se proporciona asistencia para el alquiler a las personas que cumplen con los requisitos. El personal mantiene contacto con las personas de forma ocasional y les ayuda con todas sus necesidades relacionadas con la vivienda. Las personas deben tener necesidades de gestión de casos y requerir un estipendio para el alquiler para permanecer en el programa.

Vivienda de apoyo en un solo emplazamiento (SPSRO): DePaul Upper Falls Square Apartments, un programa de vivienda de apoyo en un solo emplazamiento, es un programa no certificado por la Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York que proporciona vivienda a largo plazo o permanente donde los residentes pueden acceder a los servicios de apoyo que necesitan para vivir con éxito en la comunidad. East House Corp. también cuenta con un SPSRO, Alexander Commons, que dispone de un coordinador de atención médica para ayudar con la medicación y las necesidades de salud.

Criterios para el diagnóstico de enfermedad mental grave y persistente (SPMI) en adultos

Para ser considerado un adulto diagnosticado con SPMI, se debe cumplir el criterio **A**. Además, se deben cumplir los criterios **B**, **C** o **D**:

- A.** La persona debe ser mayor de 18 años y contar con un diagnóstico de enfermedad mental designado según lo especificado en la versión más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), excluyendo los trastornos por consumo de alcohol o drogas, los síndromes cerebrales orgánicos, las discapacidades del desarrollo o las condiciones sociales.
- Y**
- B.** La persona está actualmente inscrita en el SSI o el SSDI debido a una enfermedad mental designada.
- O**
- C.** Deterioro prolongado del funcionamiento debido a una enfermedad mental (la persona debe cumplir con 1 o 2 de los siguientes criterios):
- 1.** La persona ha experimentado dos de las siguientes cuatro limitaciones funcionales debido a una enfermedad mental diagnosticada durante los últimos 12 meses, de forma continua o intermitente:
 - a.** Dificultades marcadas en el autocuidado (higiene personal; alimentación; vestimenta; prevención de lesiones; acceso a la atención médica o cumplimiento de las indicaciones médicas).
 - b.** Restricción marcada de las actividades de la vida diaria (mantener una vivienda; usar el transporte; administrar el dinero diariamente; acceder a los servicios comunitarios).
 - c.** Dificultades marcadas para mantener el funcionamiento social (establecer y mantener relaciones sociales; interacciones interpersonales con la pareja principal, hijos, otros miembros de la familia, amigos y vecinos; habilidades sociales; cumplimiento de las normas sociales; uso apropiado del tiempo libre).
 - d.** Deficiencias frecuentes de concentración, persistencia o ritmo que resultan en la incapacidad para completar tareas de manera oportuna en el trabajo, el hogar o la escuela (capacidad para completar tareas comunes en el trabajo o en actividades estructuradas que se realizan en el hogar o la escuela; las personas pueden presentar limitaciones en estas áreas cuando son incapaces repetidamente de completar tareas sencillas dentro de un período de tiempo establecido, cometen errores frecuentes o requieren ayuda para completarlas).
 - 2.** La persona ha cumplido los criterios para obtener una puntuación de 50 o menos en la Escala de Evaluación Global del Funcionamiento (GAF) (Eje V del DSM-IV) debido a una enfermedad mental designada durante los últimos 12 meses de forma continua o intermitente.
- O**
- D.** La persona ha demostrado una dependencia continua del tratamiento psiquiátrico, la rehabilitación y el apoyo.

Un historial documentado muestra que la persona, en algún momento anterior, cumplió con el umbral para C (mencionado arriba), pero los síntomas o problemas de funcionamiento se encuentran actualmente atenuados por la medicación o la rehabilitación y el apoyo psiquiátrico. La medicación se refiere a los fármacos psicotrópicos que pueden controlar ciertas manifestaciones primarias del trastorno mental, por ejemplo, las alucinaciones, pero que pueden o no afectar las limitaciones funcionales impuestas por el trastorno mental. La rehabilitación y el apoyo psiquiátrico se refieren a entornos altamente estructurados y de apoyo que pueden reducir considerablemente las exigencias impuestas al individuo y, por lo tanto, minimizar los síntomas y signos evidentes del trastorno mental subyacente.

OFICINA DE SALUD MENTAL DEL CONDADO DE MONROE
PAQUETE DE REMISIÓN PARA ADULTOS DE SPOA

Fecha de remisión: _____

❖ **Nivel de atención residencial solicitado:**

☐ Residencia comunitaria ☐ Programa de apartamento terapéutico ☐ Cuidado familiar ☐ SOCR
☐ Desconocido ☐ Vivienda con apoyo ☐ SRO ☐ SPSRO

Preferencia de agencia residencial, si la hubiera:

Motivo de la derivación a un centro residencial frente a la permanencia en la situación de vivienda actual:

Para que este paquete esté completo para los servicios residenciales de salud mental, se deben incluir los siguientes elementos (los paquetes incompletos no se presentarán):

1. Las páginas 4 a 13 deben estar debidamente cumplimentadas.
2. El cliente debe completar el formulario de "Autorización para el uso y divulgación de información confidencial" (páginas 14-15), incluyendo el consentimiento de la Administración del Seguro Social (páginas 17-18).
3. El cliente debe completar el formulario de "Sueños y deseos" (página 19).
4. El formulario de "Autorización del Médico para Servicios de Rehabilitación" para Residencias Comunitarias y Programas de Apartamentos de Tratamiento debe ser completado por un médico y el ORIGINAL debe adjuntarse a la remisión (páginas 20-21).
5. Adjunte la evaluación psicosocial o de admisión completa del cliente junto con dos notas de progreso recientes del profesional de salud mental.
6. Adjunte una verificación de la prueba de detección de tuberculosis y el resultado, realizada en los últimos 12 meses. Si el resultado es positivo, se requieren los resultados de una radiografía de tórax.
7. Adjunte una copia de un examen físico completo realizado en los últimos 12 meses.

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____

N.º de Seguro Social: _____ Edad: _____

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Trans. (☐ MTF o ☐ FTM)

Dirección actual

Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____

Condado de origen: _____ Teléfono: _____

Contacto de referencia: _____ Agencia: _____

Dirección del agente de referencia:

Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____

Teléfono: _____ Número de fax: _____

Correo electrónico: _____

Contacto de emergencia

Nombre: _____

Información de contacto: _____

Nombre del terapeuta/trabajador social: _____ Agencia: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Nombre del adm. de atención: _____ Agencia: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

¿Tiene mascotas actualmente? ☐ Sí ☐ No ¿Es una mascota de terapia certificada? ☐ Sí ☐ No

¿Cuántas? _____ ¿De qué raza? _____

❖ **Estado de Medicaid:**

☐ Solicitud pendiente ☐ Elegible ☐ Rechazado ☐ Desconocido

☐ No se ha presentado ninguna solicitud ☐ No aplica

N.º de Medicaid (si corresponde): _____

Idioma principal:

☐ ASL ☐ Chino ☐ Criollo ☐ Inglés ☐ Francés ☐ Alemán ☐ Griego
Idioma indio (ej. hindi, urdu) ☐ Italiano ☐ Polaco ☐ Español ☐ Yiddish ☐ Desconocido

Otro, especifique: _____

Dominio del inglés (si el idioma es distinto del inglés):

☐ No habla inglés ☐ Deficiente ☐ Regular ☐ Bueno ☐ Excelente

❖ **Raza del cliente** (marque todas las que correspondan):

☐ Blanco ☐ Negro, afroamericano ☐ Indígena americano o nativo de Alaska
☐ Indio asiático ☐ Chino ☐ Filipino ☐ Japonés ☐ Coreano
☐ Vietnamita ☐ Otro asiático ☐ Nativo hawaiano ☐ Otro isleño del Pacífico
☐ Samoano ☐ Desconocido ☐ Guameño o chamorro

☐ Otro, especifique: _____

❖ **¿Este cliente es español/hispano/latino?** (Seleccione una respuesta)

☐ No es español/hispano/latino ☐ Desconocido
☐ Sí, es dominicano ☐ Sí, mexicano, mexicoamericano, chicano
☐ Sí, es puertorriqueño ☐ Sí, cubano
☐ Otro, especifique: _____

❖ **Situación de vivienda actual:**

- | | |
|---|---|
| ☐ Residencia privada (solo) | ☐ Residencia para adultos del Depto. de Salud |
| ☐ Residencia privada con cónyuge o pareja de hecho | ☐ Residencia o centro de internamiento para el tratamiento del abuso de drogas o alcohol |
| ☐ Residencia privada con padre/madre, hijo u otro familiar | ☐ Paciente hospitalizado, hospital general o centro psiquiátrico privado |
| ☐ Centro penitenciario | ☐ Paciente hospitalizado, Centro Psiquiátrico Estatal |
| ☐ Vivienda supervisada | ☐ Residencia de ancianos/centro médico |
| ☐ Vivienda asistida/con apoyo | ☐ Residencia para niños y jóvenes |
| ☐ Cuidado familiar | ☐ Albergue para personas sin hogar o aloj. de emergencia |
| ☐ Sin hogar (en la calle o en parques) | ☐ Desconocido |
| ☐ Otra (especifique): _____ | |

Tiempo transcurrido en la situación de vivienda actual: _____

Fecha prevista de alta/liberación de la situación de vivienda actual: _____

Historial de residencias anteriores (incluir situaciones de vida independiente y supervisada)

❖ **Nivel educativo más alto alcanzado:**

- | | |
|---|--|
| ☐ Sin educación formal | ☐ Formación empresarial, vocacional o técnica |
| ☐ Primaria (Kindergarten – 6.º grado) | ☐ Título de asociado |
| ☐ Secundaria básica (7.º y 8.º grado) | ☐ Licenciatura |
| ☐ Estudios preuniversitarios (9.º a 12.º grado), sin diploma | ☐ Posgrado |
| ☐ Bachillerato/Cert. de estudios secundarios (GED) | ☐ Desconocido |
| ☐ Estudios universitarios incompletos, sin título | ☐ Otro |

❖ **Situación laboral actual:**

- | | |
|--|--|
| ☐ Sin empleo de ningún tipo | ☐ Empleo esporádico o eventual remunerado |
| ☐ Experiencia laboral no remunerada | ☐ Otra situación laboral |
| ☐ Empleo en un taller protegido (no integrado) gestionado por una agencia estatal o local | |
| ☐ Empleo integrado en la comunidad gestionado por una agencia estatal o local | |
| ☐ Empleo competitivo (pagado por el empleador) sin apoyo formal | |
| ☐ Empleo competitivo (pagado por el empleador con apoyo continuo) | |
| ☐ Desconocido | |

Promedio de horas de empleo o experiencia laboral no remunerada:

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ De 1 a 10 horas | ☐ Más de 30 horas | ☐ De 21 a 30 horas |
| ☐ De 11 a 20 horas | ☐ Ninguno | ☐ Desconocido |

❖ **Situación ante el sistema de justicia penal:**

- | | |
|--|--|
| ☐ El cliente no se encuentra actualmente en el sistema de justicia penal | ☐ Liberado de la cárcel o prisión en los últimos 30 días |
| ☐ Bajo supervisión de libertad condicional | ☐ En libertad bajo fianza, bajo palabra, libertad condicional u otra alternativa al encarcelamiento |
| ☐ Detenido, en la cárcel, en prisión preventiva o bajo custodia judicial | ☐ Otro |
| ☐ Orden de condiciones y orden de liberación según artículo 330.20 del Código Penal de NY | ☐ Bajo supervisión de libertad condicional |
| ☐ En el Departamento de Servicios Correccionales del Estado de Nueva York (Prisión Estatal) | ☐ Se desconoce si el cliente tiene antecedentes penales |

❖ **Marital Status:**

- | | | | |
|--|--|---|--------------------------------------|
| ☐ Soltero, nunca se ha casado | ☐ Viudo | ☐ Actualmente casado | ☐ Desconocido |
| ☐ Divorciado/separado | ☐ Convive con su pareja/pareja de hecho | | |

❖ **Situación de custodia de los hijos:**

- | | |
|---|--|
| ☐ Sin hijos | ☐ Menores que no están bajo la custodia del cliente pero tienen derecho de visita |
| ☐ Hijos mayores de 18 años | ☐ Menores que no están bajo la custodia del cliente y no tienen derecho de visita |
| ☐ Menores de edad actualmente bajo la custodia del cliente | ☐ Desconocido |

❖ **Ingresos o beneficios que recibe actualmente** (seleccione todos los que correspondan e ingrese los montos, si aplica):

- | | |
|--|--|
| ☐ N.º de Medicare _____ | ☐ Seguro privado, cobertura patronal, seguro sin culpa o a terceros (Nombre del seguro: _____) |
| ☐ N.º Medicaid _____ | ☐ Jubilación del Seguro Social, pensión de sobreviviente o dependiente (SSA) \$ _____ |
| ☐ Medicaid pendiente | ☐ Cualquier programa de asistencia pública en efectivo: Asistencia Familiar (TANF), Red de Seguridad Social, Incapacidad Temporal \$ _____ \$ _____ |
| ☐ Medicaid hospitalario | ☐ Jubilación Ferroviaria, pensión de jubilación (excluyendo la SSA) \$ _____ |
| ☐ Subvención para medicamentos | ☐ Deudas (pagos ordenados por un tribunal, tarjetas de crédito, préstamos, etc.) \$ _____ |
| ☐ Salarios o trabajo por cuenta propia \$ _____ | ☐ Otros beneficios/recursos: _____ |
| ☐ Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI) \$ _____ | ☐ Desconocido |
| ☐ Seguro por Discapacidad del Seguro Social (SSDI) \$ _____ | ☐ Ninguno |
| ☐ Benef. para veteranos \$ _____ | |
| ☐ Compensación laboral o seguro por discapacidad \$ _____ | |
| ☐ Desempleo o beneficios sindicales \$ _____ | |

Beneficiario representativo (si corresponde)

Teléfono

Agencia/Relación

❖ **Diagnóstico:**

Descripción (incluya todos los diagnósticos: salud mental, trastorno por consumo de sustancias, trastorno del desarrollo y afecciones médicas)

(Seleccione todas las opciones que correspondan):

- | | |
|---|---|
| ☐ Problemas con el grupo de apoyo principal | ☐ Problemas económicos |
| ☐ Problemas relacionados con el entorno social | ☐ Problemas de acceso a los servicios de salud |
| ☐ Problemas educativos | ☐ Problemas relacionados con el acceso al sistema legal/delincuencia |
| ☐ Problemas laborales | ☐ Problemas de vivienda |
| ☐ Desconocido | |
| ☐ Otros problemas psicosociales y ambientales | |

❖ **Describa el régimen de medicación en el plan de tratamiento actual del paciente:**

¿Tiene el paciente actualmente medicamentos recetados para una afección psiquiátrica?

- | | |
|--|--------------------------------------|
| ☐ Sí (especifique en las líneas siguientes) | ☐ Desconocido |
| ☐ No | |

Medicamentos actuales:

Dosis diaria total:

Frecuencia:

(Adjunte una lista de medicamentos si es necesario añadir más)

Adherencia del paciente al régimen de medicación:

- | | |
|---|---|
| ☐ Toma la medicación exactamente como se le recetó | ☐ Medicamento no recetado |
| ☐ Toma la med. como se le recetó la mayor parte del tiempo | ☐ El paciente rechaza el medicamento |
| ☐ A veces toma la medicación como se le recetó | ☐ Desconocido |
| ☐ Rara vez o nunca toma la medicación como se le recetó | ☐ Otro |

❖ **Servicios prestados al cliente en los últimos 12 meses, excluyendo los actuales:** (marque todas las opciones que correspondan)

- | | |
|---|--|
| ☐ ACT | ☐ Unidad de hosp. del Centro Psiquiátrico Estatal |
| ☐ AOT | ☐ Unidad psiquiátrica de un hospital general o un hospital psiquiátrico certificado |
| ☐ Administración de atención domiciliaria | ☐ Tratamiento de hosp. por abuso de alcohol/drogas |
| ☐ Administración de atención no cubierta por Medicaid | ☐ Servicio de salud mental en prisión, cárcel u otro centro judicial |
| ☐ Atención ambulatoria de salud mental: clínica, hospitalización parcial, programa PROS | ☐ Profesional de salud mental local |
| ☐ Programa de salud mental no residencial CSP (p. ej., centro comunitario, servicios vocacionales) | ☐ Servicios de salud mental de emergencia (no residenciales) |
| ☐ Servicios de autoayuda/apoyo entre pares | ☐ Ninguno |
| ☐ Desconocido | ☐ Otro, especifique: _____ |
| ☐ Tratamiento ambulatorio para el abuso de alcohol y drogas | |

Servicios actuales:

Si no dispone de servicios actualmente, le recomendamos el siguiente programa:

Tratamientos/hospitalizaciones psiquiátricas previas (indique los centros y las fechas):

Comportamiento/circunstancias que precipitaron la hospitalización más reciente:

Signos/síntomas de descompensación (sea específico):

❖ **Asuntos legales/Antecedentes legales/Tratamiento obligatorio**

(describa los cargos y las condenas e indique las fechas):

Fecha de finalización de la lib. condicional o la lib. vigilada (si corresponde): _____

Supervisión legal actual, es decir, libertad condicional, libertad vigilada, tribunal de drogas y salud mental, etc. (si corresponde):

Contacto de la persona: _____ Agencia: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

❖ **RIESGOS** (introduzca una respuesta para cada uno):

Si se produjeron, indique las fechas y descríbalas a continuación:

Autolesiones físicas o intento de suicidio _____

Abuso físico o agresión _____

Víctima de abuso físico _____

Víctima de abuso sexual _____

Incendio provocado _____

Destrucción de propiedad _____

Antec. de delitos sexuales a otras personas _____

Si ha ocurrido alguno de los eventos/comportamientos anteriores, explique:

Discapacidades concomitantes, si las hubiera:

- ☐ Abuso de drogas o alcohol
- ☐ Trastorno cognitivo
- ☐ Discapacidad intelectual o del desarrollo
- ☐ Ceguera
- ☐ Dificultad para caminar
- ☐ Discapacidad auditiva
- ☐ Sordera
- ☐ Otro, especifique: _____

- ☐ Discapacidad visual
- ☐ Requiere silla de ruedas
- ☐ Amputado
- ☐ Incontinencia
- ☐ Postrado en cama
- ☐ Ninguno
- ☐ Dificultad para hablar

Problemas médicos:

Dieta especial (si la hay, explíquela):

Alergias:

Nombre del médico: _____

Teléfono: _____

Agencia: _____

❖ **Consumo de alcohol y otras drogas** (seleccione una respuesta para cada uno):

Escala

- 0 – Nunca
- 1 – Hace más de 6 meses
- 2 – No en los últimos 6 meses
- 3 – Una o más veces en los últimos 6 meses, pero no en los últimos 3 meses
- 4 – Una o más veces en los últimos 3 meses, pero no en el último mes
- 5 – Una o más veces en el último mes, pero no en la última semana
- 6 – Una o más veces en la última semana
- U – Desconocido

Alcohol	_____	Heroína/Opiáceos	_____
Cocaína	_____	Marihuana/Cannabis	_____
Anfetaminas	_____	Alucinógenos	_____
Crack	_____	Sedantes/Hipnóticos/Ansiolíticos	_____
PCP	_____	Abuso de otros medicamentos recetados	_____
Inhalantes	_____	Otros, especifique: _____	

Fecha del último consumo de sustancias químicas: _____

Periodo más largo de sobriedad (indique fechas): _____

¿Fuma el paciente cigarrillos? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿cuántos al día? _____

¿Recibe actualmente el paciente tratamiento para la dependencia química? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿es un tratamiento ambulatorio o de internamiento y cuál es la fecha prevista de alta?

Agencia/Proveedor de tratamiento para la dependencia química: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

¿Ha recibido el paciente tratamiento para la dependencia química anteriormente? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿fue tratamiento hospitalario o ambulatorio? (indique las fechas)

❖ **Habilidades de supervivencia comunitaria:** (marque la respuesta adecuada en las casillas que aparecen abajo)

	Independiente, no necesita ayuda	Puede hacerlo con ayuda	Dependiente
Actividades de la Vida Diaria (AVD)			
Comer	☐	☐	☐
Vestirse	☐	☐	☐
Asearse	☐	☐	☐
Ir al baño	☐	☐	☐
Seguridad personal			
Cruzar la calle con seguridad	☐	☐	☐
Salir en caso de emergencia	☐	☐	☐
Fumar con seguridad	☐	☐	☐
Vida en comunidad			
Usar el transporte público	☐	☐	☐
Comprar	☐	☐	☐
Cocinar	☐	☐	☐
Limpiar	☐	☐	☐
Administrar el dinero	☐	☐	☐

Explicación de la información de arriba:

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

Este formulario está diseñado para ser utilizado por organizaciones que colaboran entre sí en la planificación, coordinación y prestación de servicios a personas diagnosticadas con alguna discapacidad mental. Permite el uso, divulgación y nueva divulgación de información confidencial con fines de administración de atención, prestación de servicios, pago de servicios y operaciones de atención médica. Este formulario cumple con los requisitos de §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 obtener información relacionada con el VIH-SIDA. Aunque incluye muchos de los elementos requeridos por 45 CFR 164.508(c), este formulario no es una "Autorización" según las reglas federales de HIPAA. No se requiere una "Autorización" porque el uso y divulgación de información de salud protegida es para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. (Ver 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 apoyado 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 registros de salud mental, abuso de alcohol o drogas y educación, divulgar dichos registros sin autorización. También entiendo que no todas las organizaciones que reciben un registro 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 REGISTROS CONFORME A 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) Este permiso vence (marque):

☐ En esta fecha _____

☐ Al ocurrir el siguiente evento _____

9) Este permiso está sujeto a las siguientes limitaciones:

☐ El permiso solo se aplica a los registros del siguiente período: _____ 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 lo descrito en este documento.

Firma

Fecha

Soy el representante personal 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	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 Integral
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	Molina Healthcare
Servicios Comunitarios de Caridades Católicas	Centro Correccional de Monroe
Centro para la Juventud	Depto. 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	New York Care Coordination Program, 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	Programa de Coordinación de Atención de Nueva York, Inc.
Conifer Park, Inc.	NY Connects
Servicios de Atención Coordinada, Inc.	Oficina de Servicios y Apoyo para la Adicción (OASAS)
Centro Infantil Crestwood	Oficina para Personas con Discapacidad de Desarrollo (OPWDD)
Residencia para Mujeres Daisy Marquis Jones	OnTrack NY
Servicios de Drogas y Alcohol de Delphi	Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York
Servicios Comunitarios de DePaul	Programa de Tratamiento de Mantenimiento con Metadona Pathways
Departamento de Correcciones y Supervisión Comunitaria	Casas Pathway de Rochester
Eagle Star Housing	Prime Care (originalmente Correct Care Solutions)
East House Corporation	Desarrollo Juvenil Puertorriqueño
Eldersource / Lifespan	Opciones de Recuperación Simplificadas (ROME)
Endeavor Counseling Services	Asociación de Reinserción del Oeste de Nueva York (RAWNY)
Epilepsy-Pralid, Inc.	Servicios de Asesoramiento y Evaluación de Rehabilitación, LLC.
Excellus/Centene/Evolve Health (Organización de atención médica administrada de Medicaid)	Red de Recuperación de Rochester/Monroe
Fidelis (Organización de atención médica administrada de Medicaid)	Salud Regional de Rochester
Agencia de Asesoramiento y Recuperación del Área de Finger Lakes (FLACRA)	Centro Psiquiátrico de Rochester
Oficina de Servicios para Discapacidades del Desarrollo de Finger Lakes (DDSO)	Centro de Rehabilitación de Rochester
Gavia LifeCare Center	Servicios Humanos y de Salud Spectrum
Red de Hogares de Salud del Gran Rochester (GRHHN)	Centro Comunitario de Salud Mental Steven Schwarzkopf
Clínica de Salud Mental del Condado de Genesee	The Healing Connection, Inc.
HCR Home Care	Threshold Center
Hogares de Salud del Norte del Estado de Nueva York (HHUNY)	Trillium Health
Helio Health, Inc.	United Health Care (Organización de atención administrada de Medicaid)
Hickok Center	Universidad de Rochester/Strong Memorial Hospital
Hillside Family of Agencies	Liga Urbana de Rochester
Hillside Children's Center	Programa de vida asistida de la YWCA
Huther-Doyle Memorial Institute, Inc.	Venture For the, Inc.
	Administración de Veteranos
	Centro de Asistencia a Veteranos
	Villa de la Esperanza
	Westfall Associates

Instrucciones para el uso de este formulario

Complete este formulario únicamente si desea que proporcionemos información o registros sobre usted, un menor de edad o un adulto legalmente incapacitado a una persona o grupo (por ejemplo, un médico o una compañía de seguros). Si usted es el padre o tutor legal, biológico o adoptivo, y actúa en nombre de un menor, puede completar este formulario para que se divulguen únicamente los registros no médicos del menor. Si solicita información para un propósito no directamente relacionado con la administración de ningún programa bajo la Ley de Seguridad Social, se le podría cobrar una tarifa.

NOTA: No utilice este formulario para:

- Solicitar la divulgación de los expedientes médicos de un menor. En su lugar, comuníquese con su oficina local llamando al 1-800-772-1213 (TTY-1-800-325-0778), o
- Solicitar información sobre sus ingresos o historial laboral. En su lugar, complete el formulario SSA-7050-F4 en cualquier oficina del Seguro Social o en línea en www.ssa.gov/online/ssa-7050.pdf.

Cómo completar este formulario

No se aceptará este formulario a menos que se completen todos los campos obligatorios. Un asterisco (*) indica un campo obligatorio. Asimismo, no se aceptarán solicitudes generales de "todos los registros" ni del "archivo completo". Debe especificar la información que solicita y firmar y fechar este formulario.

- Indique su nombre, fecha de nacimiento y número de seguro social, o el nombre, fecha de nacimiento y número de seguro social de la persona a quien se refiere la información.
- Indique el nombre y la dirección de la persona (u organización) a quien desea que divulguemos su información.
- Indique el motivo por el cual solicita que divulguemos la información.
- Marque las casillas junto al tipo de información que desea que divulguemos, incluyendo los rangos de fechas, si corresponde.
- Usted, el padre, madre o tutor legal que actúa en nombre de un menor, o el tutor legal de un adulto legalmente incapacitado, debe firmar y fechar este formulario y proporcionar un número de teléfono donde podamos comunicarnos con usted durante el día.
- Si usted no es la persona cuya información se solicita, indique su parentesco con dicha persona. Es posible que le solicitemos una prueba de parentesco.

DECLARACIÓN SOBRE LA LEY DE PRIVACIDAD

La Sección 205(a) de la Ley del Seguro Social, en su versión modificada, nos autoriza a recopilar la información solicitada en este formulario. La información que proporcione se utilizará para responder a su solicitud de información sobre los registros del Seguro Social o para procesar su solicitud cuando divulguemos sus registros a un tercero. No está obligado a proporcionar la información solicitada. Su respuesta es voluntaria; sin embargo, no podemos acceder a su solicitud de divulgar información o registros sobre usted a otra persona u organización sin su consentimiento.

Rara vez utilizamos la información proporcionada en este formulario para otros fines que no sean responder a las solicitudes de información sobre los registros del Seguro Social. Sin embargo, de conformidad con el Título 5 del Código de los Estados Unidos, Sección 552a(b) de la Ley de Privacidad, podemos divulgar la información proporcionada en este formulario de acuerdo con los usos rutinarios aprobados, que incluyen, entre otros, los siguientes: 1. Permitir que una agencia o un tercero ayude al Seguro Social a establecer los derechos a los beneficios y/o la cobertura del Seguro Social; 2. Determinar la elegibilidad para programas similares de salud y mantenimiento de ingresos a nivel federal, estatal y local. 3. Para cumplir con las leyes federales que exigen la divulgación de la información de nuestros registros; y 4. Para facilitar la investigación estadística, las auditorías o las actividades de investigación necesarias para garantizar la integridad de los programas de la SSA.

También podemos usar la información que usted proporciona cuando comparamos registros mediante sistemas informáticos. Estos programas comparan nuestros registros con los de otras agencias gubernamentales federales, estatales o locales. La información de estos programas de comparación se puede usar para establecer o verificar la elegibilidad de una persona para los programas de beneficios financiados o administrados por el gobierno federal y para el reembolso de pagos o deudas vencidas bajo estos programas.

Puede encontrar información adicional sobre este formulario, los usos habituales de la información y otros programas del Seguro Social en nuestro sitio web www.socialsecurity.gov o en su oficina local del Seguro Social.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE TRÁMITES ADMINISTRATIVOS

Esta recopilación de información cumple con los requisitos del artículo 3507 del Título 44 del Código de los Estados Unidos, enmendado por la sección 2 de la Ley de Reducción de Trámites Administrativos de 1995. No es necesario que responda estas preguntas a menos que le mostremos un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto. Estimamos que le tomará aproximadamente 3 minutos leer las instrucciones, recopilar la información y responder las preguntas. **ENVÍE O ENTREGUE EL FORMULARIO COMPLETO EN SU OFICINA LOCAL DEL SEGURO SOCIAL. Puede encontrar su oficina local del Seguro Social en el sitio web de la SSA: www.socialsecurity.gov. Las oficinas también aparecen en la lista de agencias del Gobierno de los Estados Unidos en su directorio telefónico o puede llamar al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778). Puede enviar sus comentarios sobre el tiempo estimado a: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401. Envíe únicamente a esta dirección los comentarios relacionados con nuestra estimación de tiempo, no el formulario cumplimentado.**

La SSA no aceptará este formulario a menos que se hayan completado todos los campos obligatorios (*indica campo obligatorio).

PARA: Administración del Seguro Social

*Nombre

*Fecha de nacimiento

*Número de seguro social

Autorizo a la Administración del Seguro Social a divulgar información o registros sobre mí a:

*NOMBRE

*DIRECCIÓN

*Deseo que se divulgue esta información porque:

Podría haber un cargo por divulgar la información.

*Autorice la siguiente información seleccionada de la lista a continuación:

Debe marcar al menos una casilla. Además, la SSA no divulgará los registros a menos que se incluyan los rangos de fechas correspondientes.

☐ Número de Seguro Social

☐ Monto actual de la prestación mensual del Seguro Social

☐ Monto actual del pago mensual del Ingreso Suplementario de Seguridad

☐ Mis montos de beneficios/pagos de _____ a _____

☐ Mi derecho a Medicare de _____ a _____

☐ Registros médicos de mis carpetas de reclamaciones de _____ a _____

Si desea que la SSA divulgue los registros médicos de un menor, no utilice este formulario, comuníquese con su oficina local de la SSA.

☐ Historial médico completo de mis carpetas de reclamaciones

☐ Otros documentos de mi expediente (p. ej., solicitudes, cuestionarios, informes de exámenes de consulta, resoluciones, etc.)

Soy la persona a quien se refiere la información/registro solicitado, o el padre, madre o tutor legal de un menor, o el tutor legal de un adulto legalmente incapacitado. Declaro bajo pena de perjurio, de conformidad con 28 C.F.R. § 16.41(d)(2004), que he examinado toda la información contenida en este formulario y en cualquier declaración o formulario adjunto, y que es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que cualquier persona que, a sabiendas o intencionadamente, busque u obtenga acceso a registros sobre otra persona bajo falsas pretensiones, será sancionada con una multa de hasta \$5,000. Asimismo, entiendo que debo pagar las tasas correspondientes.

*Firma: _____

*Fecha: _____

Relación (si no se trata de la persona): _____

*Teléfono diurno: _____

Sueños y deseos
(para **imprimir** y completar por el cliente)

Se le está remitiendo a Servicios Residenciales. Su información se enviará al Punto Único de Acceso (SPOA) que gestiona estas remisiones en el condado de Monroe. Para poder asignarle el nivel de servicio adecuado, el SPOA desea conocer su opinión sobre esta remisión.

- ¿Cree que podría beneficiarse de este tipo de ayuda? En caso afirmativo, ¿por qué?

- Comparta con nosotros cualquier objetivo específico que tenga y que crea que los Servicios Residenciales podrían ayudarle a alcanzar.

- ¿Hay algo más sobre usted que crea que nos sería útil saber?

Firma del cliente

Fecha

**AUTORIZACIÓN MÉDICA PARA
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN EN RESIDENCIAS COMUNITARIAS**

DEPAUL
1931 Buffalo Road
Rochester, NY 14624
(585) 426-8000

☐ Autorización inicial (presencial)
☐ Autorización semestral (CR)
☐ Autorización anual (TAP)

Nombre del paciente _____

Número de Medicaid del paciente _____

Tras revisar las evaluaciones que se me han facilitado, o como resultado de una evaluación presencial con el paciente que requiere una autorización inicial, yo, el médico licenciado que suscribe, he determinado que esta persona se beneficiaría de la prestación de servicios de rehabilitación de salud mental en un entorno residencial de atención colectiva, según lo definido en la Parte 593 del Título 14 del Código de Reglamentos del Estado de Nueva York (14 NYCRR).

Periodo cubierto:

_____/_____/_____
Mes Día Año

a

_____/_____/_____
Mes Día Año

Diagnóstico principal de salud mental y código CIE-10

Número de licencia médica

Nombre del médico en
letra imprenta

Firma del médico

Fecha

Autorización para servicios de rehabilitación



- ☐ Autorización inicial (*requiere firma del médico y evaluación presencial*)
- ☐ Reautorización semestral (*requiere renovación cada 6 meses para residencias colectivas*)
- ☐ Reautorización anual (*requiere renovación cada 12 meses para programas de apartamentos terapéuticos*)

**Las reautorizaciones solo pueden ser firmadas por un médico, un asistente médico (PA) o un enfermero practicante especializado en psiquiatría en el estado de Nueva York (NPP).*

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Número de Medicaid: _____

Diagnóstico CIE-10: _____

Yo, el médico licenciado que suscribe, basándome en mi revisión de las evaluaciones que se me han facilitado (y en un contacto presencial con el cliente para la autorización inicial), he determinado que:

_____ se beneficiaría de la prestación de servicios de rehabilitación
(Nombre del cliente)
de salud mental, tal como los conozco y se definen de conformidad con la Parte 593.4 (b) del Título 14 del Código de Reglamentos de la Ciudad de Nueva York (14 NYCRR) y los documentos que los sucedan.

This authorization is in effect for the duration period of:

_____/_____/_____ a ____/____/_____
Mes Día Año Mes Día Año

Firma del médico Nombre en letra imprenta del médico Fecha

Número de licencia médica

Reautorización únicamente:

Firma del asistente médico (PA) o del enfermero
especialista en psiquiatría (NPP) Nombre en letra imprenta del PA/NPP Fecha

Número de licencia del PA/NPP