

FORMULARIO DE REMISIÓN COMUNITARIA DEL CONDADO DE MONROE PARA ATENCIÓN DE SALUD ADMINISTRADA

Remisiones Comunitarias para la Administración de Atención de Salud Domiciliaria Medicaid y personas con doble elegibilidad de Medicaid/Medicare y Administración de Atención de Salud Mental No Medicaid para personas que no son elegibles para Medicaid y/o no son elegibles para Administración de Atención de Salud Domiciliaria ahora son aceptadas en el condado de Monroe de proveedores, organizaciones comunitarias, individuos y/o miembros de la familia.

- Administración de Atención de Salud Domiciliaria está siendo proporcionada por la Greater Rochester Health Home Network (GRHHN) Y Health Homes of Upstate New York – Finger Lakes (HHUNY-Finger Lakes) para personas elegibles para Medicaid y con elegibilidad doble para Medicaid/Medicare.
- Administración de Atención de Salud Mental No Medicaid está siendo clasificada a través de la Oficina de Salud Mental del Condado de Monroe para individuos con un diagnóstico primario de salud mental que no son elegibles para Administración de Atención de Salud Domiciliaria.

Los individuos deben reunir todos los requisitos de elegibilidad para ser considerados para inscripción. Por favor marque el tipo de administración de atención para el cual la persona califica:

<input type="checkbox"/> Administración de Atención No Medicaid	<input type="checkbox"/> Administración de Atención de Salud Domiciliaria
<input type="checkbox"/> 1. El individuo no es elegible para Administración de Atención de Salud Domiciliaria porque: <ul style="list-style-type: none"> • Individuo no es elegible para Medicaid; O • Individuo no reúne criterios de elegibilidad del DOH; Y 	<input type="checkbox"/> 1. El individuo reúne los criterios de elegibilidad del DOH de NYS de: <ul style="list-style-type: none"> • dos condiciones crónicas, O • VIH/SIDA y el riesgo de desarrollar otra condición crónica O, • una o más enfermedad mental seria; Y
<input type="checkbox"/> 2. El individuo tiene un diagnóstico primario de salud mental; Y	<input type="checkbox"/> 2. El individuo tiene Medicaid o Medicaid y Medicare activos; Y
<input type="checkbox"/> 3. El individuo reside en el condado de Monroe Y	<input type="checkbox"/> 3. El individual reside o recibe servicios en el condado de Monroe Y
<input type="checkbox"/> 4. El individuo tiene factores de riesgo conductuales, médicos o sociales significativos que pueden ser abordados a través de gerencia de caso.	<input type="checkbox"/> 4. El individuo tiene factores de riesgo conductuales, médicos o sociales significativos que pueden ser abordados a través de gerencia de caso.

Cómo hacer una remisión para gerencia de caso:

1. Complete el Formulario de Solicitud de Remisión adjunto, incluyendo tantos detalles como sea posible para permitir a las Health Homes y la Oficina de Salud Mental del Condado de Monroe /Single Point of Access (SPOA, siglas en inglés para Punto Único de Acceso) determinar la elegibilidad. **DIAGNÓSTICO ES REQUERIDO PARA PROCESAR LA REMISIÓN.**
2. ADJUNTE UN Formulario “Consentimiento para Divulgar Información de Salud” firmado
3. Envíe la solicitud completada y el Consentimiento por e-mail o fax seguro o envíe por correo a UNO de los siguientes:

ADMINISTRACIÓN DE ATENCIÓN NO MEDICAID	ADMINISTRACIÓN DE ATENCIÓN DE SALUD DOMICILIARIA: HEALTH HOMES	
 <p>Monroe County Office of Mental Health Priority Services</p>	<p>GRHHN: Greater Rochester Health Home Network</p>	 <p>HHUNY: Health Homes of Upstate New York: Finger Lakes</p>
<p>Lisa Babbitt lbabbitt@monroecounty.gov Teléfono: (585) 753-2874 Fax: (585) 753-2885 Correo: Monroe County SPOA 1099 Jay St., Bldg J, 3rd Floor Rochester, NY 14611</p>	<p>Traci DeLario – Coordinadora de Admisiones grhhnintake@flpps.org Teléfono: 585-350-1400 Fax: 585-978-7714 Correo: Greater Rochester Health Home Network, LLC 1 South Washington St., Suite 200 Rochester, NY 14614</p>	<p>Tracy Marchese referrals@hhuny.org Teléfono: 1-855-613-7659 Fax: 585-613-7670 Correo: Community Referral Health Homes of Upstate NY 1150 University Ave, Suite 142A Rochester, NY 14607 Online Referral at www.hhuny.org</p>

Los individuos serán asignados A UNA Agencia de Administración de Atención que hará esfuerzos de alcance a la persona para que participe en los servicios de administración de atención. Los servicios de administración de atención son voluntarios y al individuo se le pedirá que consienta durante el proceso de alcance para que participe.

Solicitud de Remisión Comunitaria

Información de identificación		
Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Sexo:
Dirección:	# CIN de Medicaid:	
	Nombre de Organización de Administración de Atención Medicaid	
	Condado de Residencia:	
Teléfono:	Correo Electrónico:	

Indique cualquier necesidad de servicios de lenguaje/interpretación; especifique el lenguaje hablado si no es inglés:

Información de identificación para contactos adicionales	
Nombre:	Teléfono:

Información para servicios que se proveen actualmente
Enumere los proveedores de tratamiento médico y/o de salud conductual actuales, de ser conocidos:

Especifique la agencia de administración de atención preferida o recomendada, si alguna

Información de categoría de elegibilidad – Marque todas las que apliquen
--

Administración de Atención de Salud Domiciliaria: Debe reunir ya sea **A solo o B solo o dos C** y **TENER Medicaid activo.**
Administración de Atención No Medicaid: Debe reunir **A o C** como diagnóstico primario y **NO TENER Medicaid activo.**

Marque	Categoría	Especifique diagnóstico; Provea detalles disponibles – REQUERIDO o no será procesado
<input type="checkbox"/>	A Perturbación emocional seria	
<input type="checkbox"/>	B VIH/SIDA & el riesgo de desarrollar otra condición crónica	
<input type="checkbox"/>	C Condición de salud mental	
<input type="checkbox"/>	C Desorden de abuso de sustancias	
<input type="checkbox"/>	C Asma	
<input type="checkbox"/>	C Diabetes	
<input type="checkbox"/>	C Enfermedad del corazón	
<input type="checkbox"/>	C BMI > 25	
<input type="checkbox"/>	C Otras condiciones crónicas (Especifique)	

Necesidades de Administración de Atención – Marque todas las que apliquen y especifique detalles		
Marqu	Categoría	Explique factor y necesidad de Administración de Atención - <u>REQUERIDO</u>
	Probable riesgo de evento adverso	
	Uso repetido de ER/hospitalización, incluyendo Uso de sala de emergencia (ER) que pudo ser evitado	
	Falta de apoyo o apoyo inadecuado social/familiar/de vivienda	
	Falta de conectividad o conectividad inadecuada con el sistema de atención de salud	
	No seguir los tratamientos o medicamentos o dificultad para manejar los medicamentos	

Necesidades de Administración de Atención – Marque todas las que apliquen y especifique detalles		
Marqu	Categoría	Explique factor y necesidad de Administración de Atención - <u>REQUERIDO</u>
	Liberación reciente de la cárcel	
	Dado de alta recientemente de hospitalización psiquiátrica	
	Déficits en actividades del diario vivir tal como vestir, comer, etc.	
	Problemas de aprendizaje o cognitivos	
	Necesidades financieras	

Preocupaciones de Riesgo y Seguridad – Marque todas las que apliquen			
Marque	Preocupación	Marque	Preocupación
	Ideación de suicidio		Historial de intentos de suicidio
	Ideación de homicidio		Historial de violencia
	Abuso de sustancias activo		Entorno de vida inseguro
	Otro – especifique		

Proporcione información adicional respecto a las preocupaciones de Riesgo y Seguridad marcadas arriba.

Narrativo

Proporcione cualquier información adicional que pueda ayudar en la asignación a una agencia de administración de atención de salud. Si se conoce, incluya puntos fuertes y/o intereses del individuo que se está remitiendo.

Información de contacto para la persona que está haciendo la remisión	
Nombre:	Título:
Organización:	
Teléfono:	Correo electrónico:

Permiso para Usar y Divulgar información Confidencial

Al firmar este Formulario de Consentimiento, usted permite que las personas que participan en su atención compartan su información de salud de modo que sus médicos y otros proveedores tengan un cuadro completo de su salud y ayude a que usted reciba mejor atención. Sus expedientes de salud proveen información acerca de sus enfermedades, lesiones, medicamentos y/o resultados de las pruebas. Sus expedientes podrían incluir información sensitiva, tal como información acerca de su condición de VIH, expedientes de salud mental, expedientes de salud reproductiva, tratamiento de drogas y alcohol e información genética.

Si usted permite la divulgación, su información de salud se usará solamente para proporcionarle administración de atención y los servicios de salud y sociales relacionados. Esto incluye remisión de un proveedor a otro, consulta respecto a la atención, prestación de servicios de administración de atención y coordinación de atención entre proveedores. Su información de salud puede ser re-divulgada solamente como es permitido por las leyes y regulaciones estatales y federales. Estas leyes limitan la re-divulgación de información acerca de su tratamiento de abuso de sustancias o programa de salud mental, información relacionada con el VIH, expedientes genéticos y expedientes de enfermedades transmitidas sexualmente.

Su elección de otorgar o negar su consentimiento para divulgar su información de salud no será la base para denegar los servicios de salud o el seguro de salud. Usted puede retirar su consentimiento en cualquier momento firmando un Formulario de Retirada de Consentimiento (Withdrawal of Consent Form) y dándolo a uno de los proveedores enumerados en el Apéndice A. Pero cualquiera que recibe información mientras el consentimiento está en vigor puede retenerla. Incluso si usted retira su consentimiento, a ellos no se les requiere que devuelvan su información o que la remuevan de sus expedientes.

Usted tiene el derecho de obtener una copia de este Formulario de Consentimiento después de que lo haya firmado.

Consentimiento para Divulgar Información de Salud

La persona cuya información puede ser usada o divulgada es:

Nombre: _____.

Fecha de Nacimiento: _____.

1. La información que puede ser divulgada incluye todos los expedientes de diagnóstico y tratamiento de salud y todos los expedientes de educación incluyendo, pero sin limitarse a: expedientes de salud mental, excepto que la divulgación de las notas de psicoterapia no es permitida; expedientes de tratamiento de abuso de sustancias; información relacionada con el VIH; información genética; Información acerca de enfermedades transmitidas sexualmente y expedientes de educación.
2. Esta información puede ser divulgada a las personas u organizaciones enumeradas en el Apéndice A.
3. Esta información puede ser divulgada por cualquier persona u organización que tenga el expediente descrito a continuación, incluyendo los enumerados en el Apéndice A.
4. Uso y divulgación de esta información es permitido solamente como sea necesario para los propósitos de prestación de servicios de salud y sociales, incluyendo actividades de alcance, planificación de servicio, remisiones, coordinación de la atención, atención directa y monitoreo de La calidad del servicio.
5. Este permiso vence el _____(fecha).
6. Entiendo que este permiso puede ser revocado. Entiendo también que los expedientes divulgados antes de que el permiso sea revocado no podrán ser recuperados. Cualquier persona u organización que haya confiado en este permiso puede continuar usando y divulgando la información de salud como sea necesario para completar el tratamiento.

Soy la persona cuyos expedientes serán usados o divulgados, o el representante personal de ese individuo. (Si es el representante personal, por favor indique la relación _____.)

Doy permiso para usar y divulgar mis expedientes como se describe en este documento.

Firma

Fecha

Apéndice A

Este permiso para divulgar expedientes aplica a las siguientes organizaciones y personas que trabajan en esas organizaciones. Estas organizaciones trabajan juntas para prestar servicios a los residentes del condado de Monroe.

Access-VR	Ibero-American Action League
Action for a Better Community	Interim Mental Health
Adult Protective Services	Jewish Family Service of Rochester
Anthony Jordan Health Center	John L. Norris ATC
Baden Street Settlement	Liberty Resources
Balanced Care	Lifetime Care
Beacon Health Strategies, LLC (Medicaid Managed Care Organization)	MC Collaborative
Blue Cross/Blue Shield of Western New York/Health Now (Medicaid Managed Care Organization)	Mental Health Association of Rochester
Catholic Family Center	Molina Healthcare
Catholic Charities Community Services	Monroe Correctional Facility
Center for Youth	Monroe County Department of Human Services
Child Protective Services	Monroe County Jail
Community Care of Rochester, Inc. DBA Visiting Nurse Signature Care	Monroe County Office of Mental Health
Community Place of Greater Rochester	Monroe Plan for Medical Care, Inc.
Companion Care of Rochester	MVP (Medicaid Managed Care Organization)
Compeer Rochester	National Alliance on Mental Illness (NAMI)
Conifer Park, Inc.	New York Care Coordination Program, Inc.
Coordinated Care Services, Inc.	NY Connects
Correct Care Solutions	Office of Addiction Services and Supports (OASAS)
Crestwood Children's Center	Office of People with Developmental Disabilities (OPWDD)
Daisy Marquis Jones Women's Residence	OnTrack NY
Delphi Drug & Alcohol Services	NYS Office of Mental Health
DePaul Community Services	Pathways Methadone Maintenance Treatment Program
Department of Corrections and Community Supervision	Pathway Houses of Rochester
East House Corporation	Prime Care (effective 1/14/18 formally known as Correct Care Solutions)
Easter Seals New York	Puerto Rican Youth Development
Eldersource / Lifespan	Recovery Options Made Easy (ROME)
Endeavor Counseling Services	Rehabilitation Counseling & Assessment Services, LLC.
Epilepsy-Pralid, Inc.	Rochester/Monroe Recovery Network
Excellus/Centene/Evolve Health (Medicaid Managed Care Organization)	Rochester Regional Health
Fidelis (Medicaid Managed Care Organization)	Rochester Psychiatric Center
Finger Lakes Area Counseling and Recovery Agency (FLACRA)	Rochester Rehabilitation Center
Finger Lakes Developmental Disabilities Services Office (DDSO)	Spectrum Health and Human Services
Gavia LifeCare Center	Steven Schwarzkopf Community Mental Health Center
Greater Rochester Health Home Network (GRHHN)	The Healing Connection, Inc.
Genesee County Mental Health Clinic	Threshold Center
HCR Home Care	Trillium Health
Health Homes of Upstate New York (HHUNY)	United Health Care (Medicaid Managed Care Organization)
Helio Health, Inc.	University of Rochester/Strong Memorial Hospital
Hickok Center	Urban League of Rochester
Hillside Family of Agencies	YWCA Supportive Living Program
Hillside Children's Center	Venture For the, Inc.
Huther-Doyle Memorial Institute, Inc.	Veteran's Administration
	Veteran's Outreach Center
	Villa of Hope
	Westfall Associates