

**MONROE COUNTY OFFICE OF MENTAL HEALTH
(OFICINA DE SALUD MENTAL DEL CONDADO DE MONROE)
PAQUETE DE REMISIÓN DE ADULTOS PARA PUNTO ÚNICO DE ACCESO (SPOA)**

Gracias por su interés en remitir a los Programas Residenciales de Salud Mental para Adultos del Condado de Monroe. La siguiente información le ayudará a entender el proceso, escoger el nivel de atención apropiado y presentar la información necesaria para proceder con esta remisión.

Proceso para remitir:

Las remisiones pueden ser recibidas de varias fuentes de Servicios Residenciales. Los *ORIGINALES* de las remisiones necesitan ser enviadas directamente a: **Monroe County OMH, 1099 Jay St, Bldg J, 3rd Floor, Rochester, NY 14611. Attn: Lisa Babbitt o Courtney Ponder.**

Cada paquete de remisión debe estar totalmente terminado. Se requiere toda la información, y debe incluir un Formulario de Consentimiento para Divulgar Información firmado (incluido en este paquete). Todos los documentos requeridos deben acompañar esta remisión para evitar atrasos en el proceso. Si un formulario de consentimiento llenado no acompaña esta remisión, entonces se debe proporcionar una explicación en el formulario.

Todas las remisiones Residenciales son enviadas al Coordinador de Punto Único de Acceso del Condado de Monroe y serán presentadas al Comité de Admisiones Central. El comité se reúne semanalmente en Coordinated Care Services, Inc.

El Comité Residencial consiste de un representante del Centro Psiquiátrico de Rochester, incluyendo Family Care, John Romano Community Residence y Elmwood Transitional Residence. Presente también es alguien de East House Corporation, DePaul Community Services y AOT. Un representante de la Liga de Acción Iberoamericana y de Housing Options Made Easy asiste cuando tienen un espacio disponible. Tener representación de todos estos servicios garantiza una colocación más efectiva en el servicio apropiado.

Después de la presentación de un caso, uno de los siguientes resultados ocurrirá:

- El cliente recibirá una evaluación para un programa residencial.
- El cliente será inscrito en unos de los programas.
- El cliente será incluido en una lista de espera.
- Se hará una recomendación para un plan alternativo, si la petición de remisión no puede ser satisfecha, se proporcionará una justificación para la no aceptación.

Los individuos que califican para servicios residenciales deben reunir los siguientes criterios:

- Ellos deben tener un diagnóstico de enfermedad mental primaria.
- Ellos deben tener al menos 18 años de edad.
- Ellos deben verse afectados en varias áreas de funcionamiento debido a su enfermedad mental.

Una respuesta indicando la decisión del Comité de Admisiones Central será proporcionada a la agencia que hizo la remisión.

Cualquier pregunta respecto a este proceso puede ser dirigida al Programa Punto Único de Acceso (SPOA).

Número de Fax: 585-753-2885

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

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

MONROE COUNTY OFFICE OF MENTAL HEALTH SERVICIOS RESIDENCIALES PARA ADULTOS

A continuación están las descripciones de los diferentes niveles de servicios residenciales.

Residencia Comunitaria: DePaul y la East House ofrecen Programas Residenciales Comunitarios. Todos tienen personal las 24 horas. Los clientes trabajan en planes de rehabilitación para desarrollar destrezas para vivir más independientemente. Estos programas albergan de 9-14 personas. Los programas residenciales comunitarios son de transición con tiempos limitados de estadía.

Residencias Comunitarias Operadas por el Estado (SOCR): El Centro Psiquiátrico de Rochester ofrece Programas Residenciales Comunitarios, conocidos como John Romano Community Residence, para hasta 12 camas, y Elmwood Transitional Residence, para hasta 29 camas. Ellos tienen personal las 24 horas y los clientes trabajan en destrezas de rehabilitación para pasar a otro Programa Residencial Comunitario o a vivir independiente. Este programa a menudo tiene personal realzado, es de transición y tiene un límite de tiempo de 6 meses a 2 años.

Programas de Tratamiento en Apartamentos: East House y DePaul ofrecen Programas de Tratamiento en Apartamentos. Éstos son lugares más pequeños para una a tres personas. Tienen varios tipos de patrones de personal. Las personas trabajan en planes de rehabilitación para desarrollar destrezas para vivir más independientemente. Estos programas son de transición con un tiempo limitado de estadía.

Ocupación de Habitación Individual (SRO): DePaul opera residencias de Ocupación de Habitación Individual. Cada programa tiene de 75 - 100 residentes en habitaciones individuales. Este programa provee vivienda de transición con personal las 24 horas. Se proporcionan comidas, los medicamentos pueden ser supervisados y se planean actividades.

Cuidado Familiar: El Centro Psiquiátrico de Rochester ofrece un Programa de Cuidado Familiar en cinco condados. Es un programa en el cual individuos privados reciben un estipendio por acoger en sus casas a personas que están recuperando de enfermedad mental. Hay de uno a cuatro residentes en cada casa. Estas casas no pueden ofrecer supervisión las 24 horas. Se espera que los residentes asistan a algún programa diurno y deben cumplir con el régimen de medicamentos. Estas casas están ubicadas en Rochester y en los entornos rurales circundantes. No hay límite de tiempo respecto al tiempo que un residente puede estar en el programa.

Vivienda con Apoyo: Servicios Comunitarios DePaul, East House Corp., Liga de Acción Iberoamericana y Housing Options Made Easy tienen programas de Vivienda con Apoyo. Estos programas ayudan a los individuos a encontrar y mantener vivienda independiente en la comunidad. Se provee ayuda para el alquiler a los individuos elegibles. El personal tiene contacto ocasional con los individuos y les ayudan con todas las necesidades relacionadas con vivienda. Los individuos deben tener necesidades de gerencia de caso y requerir un estipendio para el alquiler para permanecer en el programa.

Criterios para Enfermedad Mental Severa y Persistente (SPMI) entre adultos

Para ser considerado como adulto diagnosticado con SPMI se debe cumplir con **A**. Además se debe cumplir con **B** o **C** o **D**:

- A.** El individuo debe tener 18 años de edad o mayor y tener un Diagnóstico de Enfermedad Mental designado según **Diagnóstico** de enfermedad mental como se enumera en el Manual de Diagnóstico y Estadístico (DSM) más reciente para Trastornos Mentales (DSM-IV) que no sean trastornos por alcohol o drogas, síndromes cerebrales orgánicos, discapacidades del desarrollo o afecciones sociales.

Y

- B.** El individuo está inscrito actualmente en SSI o SSDI debido a enfermedad mental designada.

O

- C.** Discapacidad extendida en el funcionamiento debido a una enfermedad mental (el individuo debe cumplir con 1 ó 2 a continuación):
1. El individuo ha experimentado dos de las siguientes cuatro limitaciones funcionales debido a una enfermedad mental designada durante los pasados 12 meses ya sea de forma continua o intermitente:
 - a.** Dificultades marcadas en el cuidado propio (higiene personal; dieta; vestirse; evitar lesiones; conseguir atención de salud o cumplir con el consejo médico).
 - b.** Restricción marcada en las actividades del diario vivir (mantener una residencia; usar transportación; administración del dinero de día a día; acceder a los servicios comunitarios).
 - c.** Dificultades marcadas para mantener funcionamiento social (establecer y mantener relaciones sociales; interacciones interpersonales con pareja primaria, niños y otros miembros de la familia, amigos, vecinos; destrezas sociales; seguir las normas sociales; uso apropiado del tiempo libre).
 - d.** Deficiencias frecuentes en la concentración, persistencia o ritmo que da como resultado la imposibilidad de completar las tareas de manera oportuna en el trabajo, el hogar o la escuela (habilidad para completar las tareas que se encuentran comúnmente en los entornos de trabajo o en actividades estructuradas que ocurren en la casa o la escuela; los individuos pueden exhibir limitaciones en estas áreas cuando repetidamente no pueden completar tareas simples dentro del período de tiempo establecido, hacer errores frecuentes en las tareas o requerir ayuda para completar las tareas).
 2. El individuo ha reunido los criterios para calificaciones de 50 o menos en la Escala Global de Evaluación de la Función (GAF) (Eje V del DSM-IV) debido a una enfermedad mental designada en los últimos 12 meses de forma continua o intermitente.

O

- D.** Individuo ha demostrado dependencia continua de tratamiento psiquiátrico, rehabilitación y apoyos.

Un historial documentado que demuestra que el individuo, en algún momento previo, alcanzó el umbral de C (arriba), pero los síntomas y/o los problemas de funcionamiento se atenúan actualmente por medicamentos o rehabilitación psiquiátrica y apoyos. Los medicamentos se refieren a medicamentos psicotrópicos que pueden controlar manifestaciones primarias de desorden mental, Ej., alucinaciones, pero podría afectar o no las limitaciones funcionales impuestas por el desorden mental. La rehabilitación psiquiátrica y apoyos se refieren a entornos muy estructurados y de apoyo que pueden reducir en gran medida las demandas sobre el individuo y, por lo tanto, reducen los síntomas y señales evidentes del desorden mental subyacente.

**MONROE COUNTY OFFICE OF MENTAL HEALTH
PAQUETE DE REMISIÓN DE ADULTO A SPOA**

Fecha de Remisión: _____

❖ **Nivel de servicio residencial solicitado:**

- Residencia Comunitaria Programa de Tratamiento en Apartamento Cuidado Familiar
 Desconocido Vivienda con Apoyo SRO SOCR

Preferencia de agencia residencial, si alguna:

Razón para reemisión residencial vs. permanecer en la situación de vivienda actual:

Para que este paquete esté completo para los servicios residenciales de salud mental, los siguientes elementos deben ser incluidos (los paquetes incompletos no serán sometidos):

1. Las páginas 4 a 14 deben ser completadas a fondo.
2. El cliente completa el formulario "Permiso para usar y divulgar información confidencial" (páginas 15-16), incluyendo el consentimiento de la Administración de Seguro Social (páginas 18-19).
3. El cliente completa el formulario "Sueños y Deseos" (página 20).
4. El formulario Autorización del Médico para Servicios de Rehabilitación en Residencias Comunitarias y Programas de Tratamiento en Apartamentos debe ser llenado por un Médico (M. D.) y el *ORIGINAL* debe ser incluido con la remisión (páginas 21-22).
5. Adjunte la evaluación psicosocial o de admisión completa del cliente junto con 2 notas de progreso recientes del proveedor de salud mental.
6. Adjunte una evaluación de verificación de Tuberculosis y resultado hecha durante los pasados 12 meses. Si el resultado es positivo, entonces los resultados de una placa de rayos-x es requerida.
7. Adjunte una copia de un examen físico hecho dentro de los pasados 12 meses.

Nombre del Cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

de Seguro Social: _____ Edad: _____

Sexo: Varón Femenino Trans (MTF o FTM)

Dirección Actual

Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

País Natal: _____ # de Teléfono: _____

Contacto de Remisión: _____ Agencia: _____

Dirección de Agente de Remisión

Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____ Número de Fax: _____

Correo Electrónico: _____

Contacto de Emergencia

Nombre: _____

Información de Contacto: _____

Nombre de Terapeuta/Trabajador Social: _____ Agencia: _____

Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Nombre de Gerente de Caso: _____ Agencia: _____

Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

¿Posee mascotas actualmente? Sí No ¿Es una mascota certificada? Sí No

¿Cuántas? _____ ¿Qué tipo? _____

❖ **Condición de Medicaid:**

Solicitud Pendiente Elegible Rechazada Desconocida

No se ha Solicitado No Aplica

de Medicaid (si aplica): _____

❖ **Lenguaje Primario:**

ASL Chino Creole Inglés Francés Alemán Griego

Índico (Ej., Hindi, Urdu) Italiano Polaco Español Yiddish

Desconocido Otro, especifique: _____

❖ **Dominio del Inglés** (si el lenguaje no es inglés):

No habla inglés Pobre Regular Bueno Excelente

❖ **Raza del Cliente** (Marque todas las que apliquen):

- Blanca
- Negra, Afroamericana
- Indígena Americana o Nativa de Alaska
- India Asiática
- China
- Filipina
- Japonesa
- Coreana
- Vietnamita
- Otra Asiática
- Nativa de Hawái
- Otra Islaña del Pacífico
- Samoana
- Desconocida
- Guamanian o Chamorro
- Otra, especifique: _____

❖ **¿Es este cliente Español / Hispano / Latino?** (Escoja una respuesta)

- No es Español/Hispano/Latino
- Desconocido
- Sí, dominicano
- Sí, mexicano, mexicano americano, chicano
- Sí, puertorriqueño
- Sí, cubano
- Otro, especifique: _____

❖ **Situación de vivienda actual:**

- Residencia privada solo
- Residencia privada con cónyuge o pareja doméstica
- Residencia privada con padre, hijo u otro pariente
- Instalación correccional
- Vivienda supervisada
- Vivienda con ayuda / apoyo
- Cuidado familiar
- Sin hogar – calles, parques
- Casa para adulto del Depto. de salud
- Otra, especifique: _____
- Residencia o entorno de hospitalización para abuso de droga o alcohol
- Hospitalizado, hospital general o centro psiquiátrico privado
- Hospitalizado, centro psiquiátrico estatal
- Casa de salud/entorno médico
- Residencial para niños & jóvenes
- Albergue para personas sin hogar o vivienda de emergencia
- Desconocido

Tiempo que lleva en la situación actual de vivienda: _____

Fecha anticipada de alta/liberación de la situación de vida actual: _____

Historial residencial previo (incluya situaciones independiente y supervisada)

❖ **Nivel más alto de educación terminado:**

- No educación formal
- Escuela primaria (K – grado 6)
- Escuela intermedia (grados 7 & 8)
- Algo de Esc. Secundaria 9º–12º, no diploma
- Escuela secundaria / GED
- Algo de universidad, no diploma
- Entrenamiento comercial, vocacional o técnico
- Grado asociado
- Bachillerato
- Diploma de posgrado
- Desconocido
- Otro

❖ **Estado de empleo actual:**

- No empleo de cualquier clase
- Empleo esporádico o casual por paga
- Experiencia de trabajo sin paga
- Otro estado de empleo
- Empleo en taller protegido (no-integrado) operado por estado o agencia local
- Empleo integrado en la comunidad administrado por una agencia estatal o local
- Empleo competitivo (pagado por empleador) sin apoyos formales
- Empleo competitivo (pagado por empleador con apoyos continuos)
- Desconocido

Horas promedio de empleo o experiencia de trabajo sin paga:

- 1 a 10 horas
- Más de 30 horas
- 21 a 30 horas
- 11 a 20 horas
- Ninguna
- Desconocido

❖ **Situación de justicia criminal:**

- Cliente no está en el sistema de justicia criminal en estos momentos
- Liberado de la cárcel o prisión dentro de los pasados 30 días
- Bajo supervisión de libertad condicional
- En libertad bajo fianza, liberado bajo fianza propia (ROR), o licencia condicional, u otra alternativa al estado de encarcelamiento
- Bajo arresto, en la cárcel, encerrado o en detención judicial
- Otro
- CPL 330.20 Orden de Condiciones y Orden de Liberación
- Bajo supervisión de libertad condicional
- En Depto. de Servicios Correccionales del ENY (Prisión estatal)
- Se desconoce si el cliente tiene o no un historial de justicia criminal

❖ **Estado marital**

- Soltero, nunca se ha casado
- Viudo
- Casado actualmente
- Desconocido
- Divorciado/separado
- Cohabitación con pareja significativa/pareja doméstica

❖ **Estado de custodia de niño:**

- No tiene niños
- Niños mayores de 18 años de edad
- Niños menores en custodia de cliente actualmente
- Desconocido
- Niños menores no en custodia de cliente pero tiene acceso
- Niños menores no en custodia de cliente, no tiene acceso

❖ **Ingreso o beneficios recibiendo actualmente** (seleccione todos los que apliquen y entre las cantidades, de ser aplicable):

- # de Medicare _____
- # de Medicaid _____
- Medicaid pendiente
- Medicaid con sede en hospital
- Subvención para medicamento
- Salarios/sueldo o autoempleo
\$ _____
- Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI)
\$ _____
- Ingresos por Discapacidad del Seguro Social (SSDI) \$ _____
- Beneficios de veteranos \$ _____
- Compensación al trabajador o seguro de discapacidad \$ _____
- Beneficios de desempleo o gremio
\$ _____
- Seguro privado, cobertura de empleador, sin falta o seguro de tercera parte. Nombre de seguro: _____)
- Retiro de Seguro Social, Sobreviviente o Dependiente (SSA) \$ _____
- Cualquier programa de asistencia pública en efectivo: Asistencia a la Familia (TANF), Red de Seguridad, Discapacidad Temp.
\$ _____ \$ _____
- Retiro de Ferrocarril, pensión de retiro (excluyendo SSA) \$ _____
- Deudas (pagos ordenados por corte, tarjetas de crédito, préstamos, etc.)
\$ _____
- Otros beneficios/recursos: _____
- Desconocido
- Ninguno

Beneficiario Representativo (si aplica)

Número de Teléfono

Agencia/Relación

❖ **Diagnóstico:**

(selecciones todos los que apliquen):

- Problemas con grupo de apoyo primario
- Problemas relacionados con el entorno social
- Problemas educativos
- Problemas ocupacionales
- Desconocido
- Oros problemas psicosociales y ambientales
- Problemas económicos
- Problemas con acceso a servicios de atención de salud
- Problemas relacionados con acceso con el sistema legal/crimen
- Problemas de vivienda

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

¿Tiene el cliente medicamentos recetados para una condición psiquiátrica actualmente?

- Sí (Por favor especifique en las líneas a continuación.)
- Desconocido
- No

Medicamentos actuales:

Dosis diaria total:

Frecuencia:

| | | |
|-------|-------|-------|
| <hr/> | <hr/> | <hr/> |
| <hr/> | <hr/> | <hr/> |
| <hr/> | <hr/> | <hr/> |
| <hr/> | <hr/> | <hr/> |
| <hr/> | <hr/> | <hr/> |
| <hr/> | <hr/> | <hr/> |

(adjunte lista de medicamentos si tiene que añadir medicamentos adicionales)

Cumplimiento del cliente con el régimen de medicación:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Toma medicamento exactamente como prescrito | <input type="checkbox"/> Medicación no ha sido prescrita |
| <input type="checkbox"/> Toma medicamento como prescrito la mayor parte del tiempo | <input type="checkbox"/> Cliente rehúsa medicación |
| <input type="checkbox"/> A veces toma medicamento como prescrito | <input type="checkbox"/> Desconocido |
| <input type="checkbox"/> Raras veces o nunca toma medicamento como prescrito | <input type="checkbox"/> Otro |

❖ **Servicios del cliente dentro de los pasados 12 meses, que no sean los actuales:** (marque todos los que apliquen)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ACT | <input type="checkbox"/> Unidad de hospitalización de centro psiquiátrico |
| <input type="checkbox"/> AOT | <input type="checkbox"/> Unidad de hospitalización en hospital general o en hospital psiquiátrico certificado |
| <input type="checkbox"/> Gestión de atención de salud domiciliaria | <input type="checkbox"/> Tratamiento en entorno de hospital por abuso de alcohol/droga |
| <input type="checkbox"/> Gestión de atención de salud no Medicaid | <input type="checkbox"/> Servicio de salud mental en prisión, cárcel u otro servicio ordenado por la corte |
| <input type="checkbox"/> MH ambulatoria: clínica, hospital parcial, Programa PROS | <input type="checkbox"/> Profesional de MH local |
| <input type="checkbox"/> Programa de salud mental no CSP residencial CSP (Ej., casa club, servicios vocacionales) | <input type="checkbox"/> Salud mental de emergencia (no residencial) |
| <input type="checkbox"/> Ayuda propia/servicios de apoyo por compañero | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Desconocido | <input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____ |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento ambulatorio de abuso de alcohol/droga | |

Servicios actuales:

Si no recibe servicios actualmente, entonces el programa recomendado:

Tratamiento/hospitalizaciones psiquiátricos previos (por favor provea instalaciones y fechas):

Conductas/circunstancias que precipitaron la hospitalización más reciente:

Señales/síntomas de descompensación (por favor sea específico):

❖ **Asuntos legales/Historial legal/Obligado a tratamiento**
(por favor describa los cargos y condenas y provea las fechas):

Fecha de terminación de libertad bajo palabra o libertad condicional (si aplica):

Supervisión legal actual, esto es, libertad condicional, libertad bajo palabra, corte de drogas y salud mental, etc. (si aplica):

Persona de contacto: _____ Agencia: _____

Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

❖ **RIESGOS** (entre una respuesta para cada uno):
Si ocurrió, provea fechas y describa abajo:

Daño físico a sí mismo y/o intento de suicidio _____

Abusó y/o agredió físicamente a alguien _____

Víctima de abuso físico _____

Víctima de abuso sexual _____

Participó en incendio premeditado _____

Destrucción de propiedad _____

Historial de ofensas sexuales hacia otros _____

Si alguno de los eventos/conductas previos ha ocurrido, por favor explique:

Discapacidades concurrentes, si alguna:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Abuso de drogas o alcohol | <input type="checkbox"/> Impedimento visual |
| <input type="checkbox"/> Desorden cognitivo | <input type="checkbox"/> Requiere silla de ruedas |
| <input type="checkbox"/> Retardación mental o discapacidad del desarrollo | <input type="checkbox"/> Amputado |
| <input type="checkbox"/> Ciego | <input type="checkbox"/> Incontinencia |
| <input type="checkbox"/> Impedimento para caminar | <input type="checkbox"/> Postrado en cama |
| <input type="checkbox"/> Impedimento para oír | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Sordo | <input type="checkbox"/> Impedimento del habla |
| <input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____ | |

Problemas médicos:

Dieta especial (si alguna, por favor explique):

Alergias:

Nombre del médico: _____ Número de Teléfono: _____

Agencia: _____

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

Escala

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

| | | | |
|-------------|-------|------------------------------------|-------|
| Alcohol | _____ | Heroína/Opiáceos | _____ |
| Cocaína | _____ | Marihuana/Cánnabis | _____ |
| Anfetaminas | _____ | Alucinógenos | _____ |
| Crack | _____ | Sedantes/Hipnóticos/Ansiolíticos | _____ |
| PCP | _____ | Abuso de otro medicamento recetado | _____ |
| Inhalantes | _____ | Otro, especifique: | _____ |

Fecha del último uso de químico: _____

Período más largo de sobriedad (provea fechas): _____

¿Fuma cigarrillos el cliente? Sí No De ser sí, ¿cuántos al día? _____

¿Recibe el cliente tratamiento para dependencia química actualmente? Sí No

De ser sí, ¿es hospitalizado o ambulatorio y cuál es la fecha anticipada del alta?

Agencia/proveedor de tratamiento de dependencia química: _____

Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

¿Ha recibido el cliente tratamiento para dependencia química en el pasado? Sí No

De ser sí, ¿fue hospitalizado o ambulatorio? (Por favor provea fechas)

❖ **Habilidades de sobrevivencia comunitaria:** (Marque la respuesta apropiada en las casillas proporcionadas abajo)

| | Independiente, no necesita ayuda | Puede hacer con ayuda | Dependiente |
|---|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Actividades de la vida diaria (ADLs) | | | |
| Comer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vestir | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Acicalar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asear | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Seguridad personal | | | |
| Cruzar la calle de manera segura | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Salir en caso de emergencia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fumar de manera segura | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vivir en la comunidad | | | |
| Usar transportación pública | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ir de compras | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cocinar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Limpiar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Administrar dinero propio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Explicación de la información previa:

Monroe County Office of Mental Health

Permiso para Usar y Divulgar Información Confidencial

Este formulario está diseñado para ser usado por organizaciones que colaboran unas con otras en planear, coordinar y prestar servicios a personas diagnosticadas con discapacidades mentales. El mismo permite el uso, divulgación y re-divulgación de información confidencial para propósitos de coordinación de la atención de salud, prestación de servicios, pago por servicios y operaciones de atención de salud. Este formulario cumple con los requisitos de §33.13 de la Ley de Higiene Mental del Estado de Nueva York, regulaciones federales de privacidad de expediente de alcohol y drogas (42 CFR Parte 2) y la ley federal que rige la privacidad de los expedientes educativos (FERPA) (20 USC 1232g). No es para el uso de información relacionada con VIH-SIDA. Aunque incluye muchos de los elementos requeridos por la 45 CFR 164.508(c), este formulario no es una "Autorización" bajo las reglas de HIPAA. No se requiere una "Autorización" porque el uso y divulgación de la información de salud protegida es para propósitos de tratamiento, pago de operaciones de atención de salud. (Vea 45 CFR 164.506.)

1) Por la presente doy permiso para usar y divulgar los expedientes de salud, salud mental, alcohol y droga y educativos según se describe abajo.

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

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

3) La información que puede ser usada o divulgada incluye (marque todas las que aplican):

- Expedientes de Salud Mental
- Expedientes de Alcohol/Drogas
- Expedientes Escolares o de Educación
- Expedientes de Salud
- Todos los expedientes anotados anteriormente

4) Esta información puede ser divulgada por:

- Cualquier persona u organización que posea la información a ser divulgada
- Las personas u organizaciones enumeradas en el Apéndice A
- Las siguientes personas u organizaciones que me proporcionan servicios:

5) Esta información puede ser divulgada a:

- Cualquier persona u organización que necesite la información para proporcionar servicio a la persona que es sujeto del expediente, pagar por esos servicios o participar en garantía de calidad u otras operaciones de atención de salud relacionadas con esa persona.
- Las personas u organizaciones enumeradas en el Apéndice A
- Las siguientes personas u organizaciones:

6) Los propósitos para los cuales esta información puede ser usada o divulgada incluyen:

- Evaluación de elegibilidad para participar en un programa apoyado por Salud Mental del Condado de Monroe;
- Prestación de servicios, incluyendo coordinación de atención y gerencia de caso;
- Pago por servicios y
- Operaciones de Atención de Salud y garantía de calidad

Monroe County Office of Mental Health
Permiso para usar y divulgar información confidencial (continuación)

7) Entiendo que las leyes del estado de Nueva York y federales prohíben que las personas que reciben los expedientes de salud mental, abuso de alcohol o drogas y educativos re-divulguen esos expedientes sin permiso. Entiendo también que no toda organización que podría recibir un expediente es requerida que cumpla con las reglas HIPAA federales que gobiernan el uso y divulgación de información de salud protegida. **POR ÉSTA DOY PERMISO A LAS PERSONAS Y ORGANIZACIONES QUE RECIBEN EXPEDIENTES CONFORME A ESTA AUTORIZACIÓN A RE-DIVULGAR EL EXPEDIENTE Y LA INFORMACIÓN EN EL EXPEDIENTE A LAS PERSONAS U ORGANIZACIONES DESCRITAS EN EL PÁRRAFO 5 PARA LOS PROPÓSITOS PERMITIDOS EN EL PÁRRAFO 6, PERO PARA NINGÚN OTRO PROPÓSITO.**

8) Este permiso vence (marque):

En esta fecha _____

Tras el siguiente evento _____

9) Este permiso está limitado como sigue:

Permiso aplica solamente a los expedientes para el siguiente periodo de tiempo:

_____ a _____

Otras limitaciones: _____

10) Entiendo que este permiso puede ser revocado. He recibido una Notificación de las Prácticas de Privacidad (Notice of Privacy Practices) y entiendo que si el permiso es revocado, podría no ser posible continuar participando en ciertos programas. Se me informará de tal posibilidad si deseo revocar mi permiso. Entiendo además que los expedientes divulgados antes de que este permiso sea revocado podrían no ser recuperados. Cualquier persona u organización que dependió de este permiso puede continuar usando o divulgando los expedientes y la información de salud protegida según sea necesario para terminar el trabajo empezado debido a que se otorgó el permiso.

Soy la persona cuyos expedientes serán usados o divulgados. Doy permiso para usar y divulgar mis expedientes según descrito en este documento.

Firma

Fecha

Soy el representante personal de la persona cuyos expedientes serán usados o divulgados. Mi relación es _____. Doy permiso para usar y divulgarlos según descrito en este documento.

Firma

Fecha

Nombre en letra de imprenta
v14-201:

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 |

Instrucciones para el uso de este formulario

Complete este formulario solo si usted desea que nosotros demos información o expedientes sobre usted, un menor o un adulto incompetente legal, a un individuo o grupo (por ejemplo un médico o una compañía de seguros). Si usted es padre o madre natural o adoptivo(a) o tutor(a) legal, actuando a nombre de un menor, usted puede completar este formulario para divulgar los expedientes no médicos del menor solamente. Si usted está solicitando información para un propósito no relacionado directamente con la administración de cualquier programa bajo la Ley de Seguro Social, se podría requerir pago de una tarifa.

NOTA: No use este formulario para:

- Solicitar que divulguemos los expedientes médicos de un menor. En su lugar, contacte su oficina local llamando al 1-800-772-1213 (TTY-1-800-325-0778) o
- Solicitar información acerca de su historial de ingresos o empleos. En su lugar, complete el formulario SSA-7050-F4 en cualquier oficina de Seguro Social o en línea en www.ssa.gov/online/ssa-7050.pdf.

Cómo completar este formulario

No respetaremos este formulario a menos que se completen todos los campos obligatorios. Un asterisco (*) indica un campo obligatorio. Además, no respetaremos las solicitudes globales de "todos los expedientes" o el "expediente completo". Debe especificar la información que está solicitando y debe firmar y fechar este formulario.

- Llene su nombre, fecha de nacimiento y número de seguro social de la persona a quien la información aplica.
- Llene su nombre y dirección del individuo (u organización) a quien usted desea que nosotros divulguemos su información.
- Indique la razón para usted solicitar que divulguemos la información.
- Marque la casilla(s) al lado del tipo(s) de información que usted desea se divulgue incluyendo los intervalos de fechas, si aplica.
- Usted, p/madre o tutor(a) legal actuando a nombre de un menor, o tutor(a) legal de un adulto incompetente legal, debe firmar y fechar este formulario y proporcionar el número de teléfono diurno donde le podamos contactar.
- Si usted no es la persona cuya información se está solicitando, indique su relación con esa persona. Nosotros podemos requerir prueba de esa relación.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

La sección 205(a) de la Ley de Seguro Social, según enmendada, nos autoriza a recopilar la información solicitada en este formulario. La información que usted proporcione será usada para responder a su solicitud de la información en los expedientes de SSA o para procesar su solicitud cuando divulguemos sus expedientes a una tercera parte. Usted no tiene que proporcionar la información requerida. Su respuesta es voluntaria; sin embargo, no podemos respetar su solicitud para divulgar la información o expedientes sobre usted a otra persona u organización sin su consentimiento.

Raras veces usamos la información proporcionada en este formulario para otro propósito que no sea responder a solicitudes de información en los expedientes de la SSA. Sin embargo, de acuerdo con 5 U.S.C. § 552a(b) de la Ley de Privacidad, nosotros podemos divulgar la información proporcionada en este formulario de acuerdo con los usos rutinarios aprobados, que incluyen pero no se limitan a los siguientes: 1. Para permitir que una agencia o tercera parte ayude a Seguro Social a establecer los derechos a beneficios y/o cobertura de Seguro Social; 2. Hacer determinaciones de elegibilidad en programas similares de mantenimiento de salud e ingresos en niveles federales, estatales y locales; 3. Para cumplir con las leyes federales que requieren la divulgación de la información de nuestros expedientes y 4. Facilitar la investigación establecida, auditoría o actividades investigativas necesarias para asegurar la integridad de los programas de la SSA.

También podemos usar la información proporcionada por usted cuando hacemos coincidir los expedientes por computadora. Los programas de coincidir por computadora comparan nuestros expedientes con los de otras agencias gubernamentales federales, estatales o locales. La información de estos programas de coincidir puede ser usada para establecer o verificar la elegibilidad de una persona de beneficios financiados o administrados por el gobierno federal y para el reembolso de pagos o deudas morosas bajo estos programas.

Información adicional respecto a este formulario, usos rutinarios de información y otros programas de Seguro Social están disponibles en nuestra página web en el Internet en www.socialsecurity.gov o en su oficina local de Seguro Social.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE PAPELEO

La recopilación de esta información reúne los requisitos de la 44 U.S.C. § 3507, según enmendada por la sección 2 de la Ley de Reducción de Papeleo del 1995. Usted no tiene que contestar estas preguntas a menos que mostremos un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget). Estimamos que tomará alrededor de 3 minutos para leer las instrucciones, obtener los datos y contestar las preguntas. **ENVÍE O TRAIGA EL FORMULARIO TERMINADO A SU OFICINA LOCAL DE SEGURO SOCIAL.** Usted puede encontrar su oficina local de Seguro Social a través de la página web de la SSA en www.socialsecurity.gov. Las oficinas están enumeradas también bajo agencias del Gobierno de EE.UU. en su directorio de teléfono o usted puede llamar al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778). *Usted puede enviar sus comentarios sobre nuestro estimado de tiempo anterior a: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401. Envíe solamente los comentarios relacionados con nuestro estimado de tiempo a esta dirección, no el formulario terminado.*

Sueños y deseos
(a ser **impreso** y llenado por el cliente)

A usted se le está remitiendo para Servicios Residenciales. La información acerca de usted será enviada al Punto Único de Acceso (SPOA) que procesa estas remisiones para el condado de Monroe. Para poder hacer los arreglos para el nivel apropiado de servicio, al SPOA le gustaría saber lo que usted piensa acerca de esta remisión.

- ¿Está de acuerdo en que podría beneficiarse de este tipo de ayuda? De ser sí, ¿por qué?

- Por favor comparta con nosotros cualquier meta específica que usted tenga y crea que los Servicios Residenciales le podrían ayudar a lograr.

- ¿Hay algo acerca de usted que usted piensa sería de beneficio que nosotros sepamos

Firma del Cliente

Fecha

Authorization for Restorative Services



- Initial Authorization *(requires physician signature)*
- Semi-Annual Authorization *(required every 6 months for congregate residences)*
- Annual Authorization *(required every 12 months for apartment programs)*

**Authorization required upon transfer to a different category of adult program. The authorization renewal must, in the case of a transfer from congregate to apartment, occur upon the expiration date of the current authorization. In the case of a transfer from apartment to congregate, the authorization must occur within six months of admission to the new program or the expiration of the current authorization, whichever comes first.*

**Reauthorizations can only be signed by a physician or physician assistant or nurse practitioner specializing in psychiatry in NY State.*

Client Name: _____ Date of Birth _____ Medicaid Number: _____

I, the undersigned licensed physician, based on my review of the assessments made available to me (and a face-to-face contact with the client for the initial authorization), have determined that

_____ would benefit from the provision of mental health restorative services as known to me and defined pursuant to Part 593.4 (b) of 14 NYCRR and successor documents.
(Client Name)

 M.D. Signature Printed Name of M.D. Date of Signature

Check to verify you are a Medicaid Provider _____
 M.D. NYS Licensure Number

 Physician Assistant (PA)/Nurse Practitioner Printed Name of PA/NPP Date of Signature
 in Psychiatry Signature(NPP)

Check to verify you are a Medicaid Provider _____
 PA/NPP NYS Licensure Number

(PA/NPP Signatures on reauthorizations only)
TO BE COMPLETED BY EAST HOUSE STAFF:

ICD.10 Diagnosis: _____ **This determination is in effect for the period**
of _____ **to** _____
 Admission Date Renewal date

- Client is enrolled in Managed Care (e.g., an HMO or Managed Care Coordinator Program) and primary care physician name and managed care provider identification number is entered.
- For semi-annual and annual authorization: Most recent Service Plan Review attached for physician, physician assistant or nurse practitioner specializing in psychiatry review.

**PHYSICIAN AUTHORIZATION FOR
REHABILITATION SERVICES OF COMMUNITY RESIDENCES**

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

_____ Initial Authorization (face to face)
_____ Semi-Annual Authorization (CR)
_____ Annual Authorization (TAP)

Client's Name _____

Client's Medicaid Number _____

Based on review of the assessments made available to me, or as the result of a face to face assessment with the client in need of an initial authorization, I, the undersigned licensed physician, have determined that this individual would benefit from the provision of mental health rehabilitation services provided in a congregate care residential setting as defined pursuant to Part 593 of 14 NYCRR.

Period Covered:

_____/_____/_____ to _____/_____/_____
Month Day Year Month Day Year

Primary Mental Health Diagnosis and ICD-10 Code

M.D. License Number

Print Name of M.D

M.D. Signature

Date