

DERIVACIÓN AL PROGRAMA DE GESTIÓN DE CASOS ESPECÍFICOS

Complete todas las secciones de esta solicitud. Escriba no corresponde (N/C) o desconocido si una pregunta no corresponde o si la fuente de derivación no conoce la información.

SECCIÓN A: FORMULARIO DE DIVULGACIÓN/CONSENTIMIENTO

Fecha: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nro. del Seguro Social: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Siendo derivado/a para recibir servicios de Gestión de Casos Específicos en el siguiente condado:

Wicomico <input type="checkbox"/>	Worcester <input type="checkbox"/>	Somerset <input type="checkbox"/>
Departamento de Salud del condado de Wicomico del condado de Worcester Salisbury MD 21801 Teléfono 410-548-5179 Fax 410-543-6680	Wraparound, Maryland Inc. 108 E. Main St. 1118 East Main Street Snow Hill MD 21863 Teléfono 410-632-9230 Fax 410-632-9239	Departamento de Salud 424 W Market St Suite A Salisbury, MD 21804 Teléfono 410-219-5070 Fax 410-219-5072

Agencia que realiza la derivación: _____

Persona de contacto de la agencia: _____ Teléfono: _____

Fax: _____ Correo electrónico: _____

Por favor revise y firme el Consentimiento para los servicios y la divulgación de información.

Consentimiento para los servicios:

Entiendo que estoy solicitando servicios de gestión de casos del Programa de Gestión de Casos Específicos en el condado indicado arriba. Acepto recibir estos servicios en caso de que se aprueben y participar en la elaboración de un Plan de Servicios, que se me pedirá que firme. Entiendo que puedo revocar mi consentimiento para los servicios en cualquier momento mediante solicitud escrita o verbal.

Firma del/de la consumidor/a (o tutor/a): _____

Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

Divulgación de información:

Autorizo al/a la proveedor/a que realiza la derivación mencionado/a arriba a proporcionar a la agencia que representa al condado arriba indicado la información solicitada en la Derivación al Programa de Gestión de Casos Específicos para su revisión. Esta información se utilizará para hacer una predeterminación de la elegibilidad para los servicios de gestión de casos. Si se determina que reúne los requisitos para recibir servicios, autorizo además la divulgación de información al Programa de Gestión de Casos Específicos para que se realice un examen completo y se determine la elegibilidad para recibir servicios, y a la Organización de Servicios Administrativos (ASO, en inglés) para que determine la elegibilidad para recibir servicios de Gestión de Casos Específicos. Entiendo que puedo revocar mi permiso en cualquier momento mediante solicitud escrita o verbal.

Firma del/de la consumidor/a (o tutor/a): _____

Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

DERIVACIÓN AL PROGRAMA DE GESTIÓN DE CASOS ESPECÍFICOS

SECCIÓN B: DATOS DEMOGRÁFICOS Y DE INFORME OBLIGATORIOS

1. Complete lo siguiente sobre TODOS/AS los/as consumidores/as.

Raza <input type="checkbox"/> Blanco/a <input type="checkbox"/> Indio/a americano/a o nativo/a de <input type="checkbox"/> AlaskaNegro/a o afroamericano/a <input type="checkbox"/> Asiático/a <input type="checkbox"/> Nativo/a de Hawái u otras islas del Pacífico	Situación laboral <input type="checkbox"/> Empleo competitivo a tiempo completo o parcial <input type="checkbox"/> Empleo con apoyo a tiempo completo o parcial <input type="checkbox"/> Sin empleo - Buscando empleo <input type="checkbox"/> Jubilado/a <input type="checkbox"/> Empleo protegido <input type="checkbox"/> Amo/a de casa <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacitado/a - No tiene empleo <input type="checkbox"/> No busca empleo <input type="checkbox"/> Taller protegido <input type="checkbox"/> Voluntario/a
Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero - De hombre a mujer <input type="checkbox"/> Transgénero - De mujer a hombre <input type="checkbox"/> Otro - Especifique	Situación de vida <input type="checkbox"/> Residencia privada <input type="checkbox"/> Hogar de acogida <input type="checkbox"/> Cuidado residencial <input type="checkbox"/> Atención residencial en caso de crisis <input type="checkbox"/> Tratamiento residencial para niños/as <input type="checkbox"/> Entorno institucional <input type="checkbox"/> Cárcel/Institución correccional <input type="checkbox"/> Centro de acogida para personas sin vivienda <input type="checkbox"/> Otro
Etnia <input type="checkbox"/> No hispano/a / latino/a <input type="checkbox"/> Hispano/a / Latino/a	Víctima de un huracán <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a	Trabajó en el servicio militar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Orientación sexual (OPCIONAL) <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Lesbiana/Gay <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Lo dudo. <input type="checkbox"/> Otro - Siéntase libre de explicarlo.	

SECCIÓN C: INFORMACIÓN ECONÓMICA Y SOBRE EL SEGURO

1. Indique la cobertura de seguro actual del/de la consumidor/a.

<input type="checkbox"/> Asistencia Médica (indique el número de Asistencia Médica) _____ <input type="checkbox"/> Medicare* <input type="checkbox"/> Seguro privado- No será elegible para la Gestión de Casos de Salud Mental, pero sí para otras ayudas. assistance <input type="checkbox"/> Sin cobertura de seguro*	
--	--

*Las personas sin seguro y las personas que solo tienen cobertura de Medicare o del Programa de Beneficiarios/as de Medicare Calificados/as (QMB, en inglés) o del Programa de Beneficiarios/as de Medicare con Bajos Ingresos Específicos (SLMB, en inglés) solo pueden ser aprobadas para el Nivel General **y deben**: ser dadas de alta de un hospital psiquiátrico o cárcel, ser desviadas de un hospital psiquiátrico o cárcel, estar en riesgo de estar en condición de persona sin vivienda o ser una persona sin vivienda, o se debe haber determinado que no es penalmente responsable y que la Gestión de Atención de Transición (TCM, en inglés) es parte de la Libertad Condicional.

****Presente una copia de la tarjeta del Seguro Social y una prueba de ingresos de la persona sin seguro.**

2. Presente la información sobre los ingresos actuales del/de la consumidor/a.

	Ingresos mensuales:
--	---------------------

DERIVACIÓN AL PROGRAMA DE GESTIÓN DE CASOS ESPECÍFICOS

Historial de deterioro clínico:			
Conducta agresiva/Violencia:			

3. Por favor, mencione cualquier tratamiento de salud mental o adicción actual o previo, como servicios ambulatorios, aplicaciones de plasma rico en plaquetas (PRP, en inglés), gestión de casos, tratamiento asertivo comunitario (ACT, en inglés), hospitalización, metadona, etc.

****Si una persona está inscrita en un Programa de Rehabilitación Psiquiátrica (PRP, en inglés) no es elegible para la inscripción en los Servicios de Gestión de Casos Específicos.**

4. Criterios de Necesidad Médica (MNC, en inglés): Todos/as los/as solicitantes deben cumplir con los Criterios de Necesidad Médica para recibir Servicios de Gestión de Casos Específicos. Por favor, complete la siguiente tabla de criterios clínicos para determinar la elegibilidad y el nivel de los servicios de gestión de casos.

Criterios de elegibilidad para los Servicios de Gestión de Casos Específicos para personas adultas:

Por favor, escriba o tipee su respuesta en la columna de la derecha que justifica los criterios específicos de elegibilidad. Si no completa esta tabla, es posible que se le devuelva esta derivación para pedirle detalles adicionales.

a. Adultos/as mayores de 18 años, que padezcan un trastorno de salud mental grave y persistente y que:				
i. Corren riesgo de padecer o necesitan tratamiento comunitario continuado de prevención, o están recibiendo el alta de un tratamiento psiquiátrico de hospitalización. <i>Proporcione información adicional que no esté incluida en la SECCIÓN F, PUNTO 5.</i>	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No Si la respuesta es afirmativa , explique:
ii. Corren riesgo de entrar en la condición de persona sin vivienda o necesitan tratamiento comunitario continuado para evitarlo <i>En caso afirmativo, explique su situación actual respecto a la vivienda.</i>	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No Si la respuesta es afirmativa , explique:
iii. Corren riesgo de ser encarcelados/las o van a salir de un centro de detención o prisión <i>Proporcione información adicional que no esté incluida en la SECCIÓN D: INFORMACIÓN LEGAL.</i>	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No Si la respuesta es afirmativa , explique:

b. Adultos/as: Niveles del Servicio de Gestión de Casos Se evaluará al/a la consumidor/a para determinar si es apropiado/a para el Nivel general (un mínimo de 2 instancias de servicio al mes) o para el Nivel intensivo (un mínimo de 5 instancias de servicio al mes).				
i. ¿El/La consumidor/a está vinculado/a con los servicios médicos y de salud mental?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No Si respondió NO , brinde información adicional:

DERIVACIÓN AL PROGRAMA DE GESTIÓN DE CASOS ESPECÍFICOS

<i>Si respondió que no, facilite información adicional sobre el tratamiento que no esté incluida en la SECCIÓN F, PUNTO 5.</i>	
ii. ¿El/La consumidor/a carece de los apoyos básicos de acogida, alimentos e ingresos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es SÍ , explique:
<i>En caso afirmativo, explique la situación.</i>	
iii. ¿El/La consumidor/a está pasando de un nivel de atención a otro nivel de atención?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es SÍ , explique:
<i>En caso afirmativo, explique la situación (por ejemplo, transición del encarcelamiento a la comunidad, centro de tratamiento residencial [RTC, en inglés]/ingreso hospitalario psiquiátrico a servicios ambulatorios, etc.)</i>	
iv. ¿El/La consumidor/a necesita mantener el tratamiento y los servicios basados en la comunidad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es SÍ , explique:
<i>En caso afirmativo, facilite una justificación y explique qué se prevé si no sigue el tratamiento.</i>	

SECCIÓN G: RECOMENDACIONES

1. Seguridad del/de la gestor/a de casos:

- Marque aquí si se recomienda que se atienda al/a la consumidor/a en la clínica en lugar de en su hogar. Por lo general, se atiende a los/as consumidores/as en sus hogares; sin embargo, si la seguridad del/de la gestor/a del caso está en peligro, se lo/a atenderá fuera del hogar.

Si se selecciona esta opción, explique: _____

2. ¿Para qué servicio o beneficios el/la consumidor/a necesita la ayuda del Programa de Gestión de Casos Específicos? Mencione las necesidades identificadas por orden de prioridad.

3. Proporcione cualquier otra información que pueda ser útil para el/la gestor/a del caso.



Public Health
Prevent. Promote. Protect.
Somerset County
Health Department

Departamento de Salud del condado de Somerset
8928 Sign Post Road, Suite 2, Westover, Maryland 21871
443.523.1700 · Fax 410.651.5680 · Teléfono de texto 1-800-735-2258

Funcionaria de salud Danielle Weber, máster en Ciencias, enfermera registrada (MS, RN, por sus siglas en inglés)

Autorización para la divulgación de información confidencial

Nombre del/de la cliente/a: _____ Fecha de nacimiento: _____ Nro. de identificación del/de la paciente: ____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Por la presente autorizo al Departamento de Salud del condado de Somerset a: Obtener Divulgar información a / de:

La siguiente información de mis registros (especifique el alcance o la naturaleza de la información que desea obtener o divulgar):

El propósito de esta divulgación autorizada es: _____

Entiendo que mis registros de tratamiento por consumo de alcohol o drogas están protegidos bajo las regulaciones federales que rigen la Confidencialidad y los Registros de Pacientes con Abuso de Drogas, la Parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (C.F.R., en inglés) y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA, en inglés) de las Partes 160 y 164 del Título 45 del

C.F.R. Esta normativa le prohíbe divulgar la información sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que se refiere o según se especifique en la normativa. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo no es suficiente a tal efecto. Las normas federales pueden restringir cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente con abuso de alcohol o drogas. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya actuado de acuerdo con dicho documento, y que en cualquier caso este consentimiento expira automáticamente de la siguiente manera:

Condiciones para el intercambio de información autorizada

Expiración: Esta autorización expirará un año después de la fecha de firma, a menos que se especifique a continuación por fecha o acontecimiento inferior a un año:

Fecha: ____ / ____ / ____ Evento o condición: _____

DERECHO DE REVOCACIÓN: Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito, pero no con carácter retroactivo a la divulgación de información ya realizada de buena fe. UTILICE EL ESPACIO A CONTINUACIÓN SOLO SI EL/LA CLIENTE/A RETIRA SU CONSENTIMIENTO.

Fecha de revocación de la autorización por parte del/de la cliente/a: ____ / ____ / ____

Firma del/de la cliente/a: _____

DIVULGACIÓN POSTERIOR: Se prohíbe a cualquier persona o agencia que reciba información sobre un/a cliente/a del Departamento de Salud del condado de Somerset divulgar el historial médico. Esto está prohibido según lo dispuesto en el Código Anotado de Maryland 4-303(b)(5)(ii).

FOTOCOPIA/FACSIMIL: Un fotocopia o facsímil de esta autorización se considera tan eficaz y válida como el original.

Fecha: _____

Firma del/de la cliente/a: _____

Fecha: _____

Firma del padre, de la madre o tutor/a: _____

Fecha: _____

Testigo de la firma: _____