



Formulario de referencia para los Servicios con base en el hogar y la comunidad (HCBS)

PO Box 5008, New York, NY 10275

Complete este formulario cuando refiera un niño o joven a C-YES para la determinación de elegibilidad y los servicios de coordinación de HCBS.

Verifique que lo siguiente esté incluido con esta referencia:

- Este Formulario de referencia completo y firmado
- La información más reciente relacionada a las evaluaciones, información clínica, información de tratamiento y de servicio, según estén disponibles.
- Si la persona que hace la referencia no es el niño, padre, tutor legal, persona que da cuidados o representante autorizado legal, un formulario **de consentimiento firmado que cumpla con las disposiciones de HIPAA**, que indique que el niño o su representante autorizado aprueba compartir con C-YES su información protegida de salud, salud mental o información de consumo de sustancias.

¿Cuál es la fecha de la reevaluación anual de elegibilidad para HCBS o nivel de cuidados (LOC) del niño o joven? (Si es aplicable)

___ / ___ / ___
D D M M A A A A

PARTE 1 Información demográfica del niño o joven

Esta parte debe completarse. Llene la información personal del niño o joven. Asegúrese de dar la siguiente información del niño o joven:

- Nombre completo e información demográfica
- Número de identificación de cliente de Medicaid (CIN), si es conocido
- Número de Seguro Social (Nº de SS), si es conocido
- Idioma o método de comunicación principal
- Condiciones de vivienda actuales
- Tipo de seguro y, si es un seguro médico privado, el nombre del seguro y número de póliza, si es conocido

1. Nombre del niño o joven: _____ Inicial: ___ Apellido: _____

2. Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ___
D D M M A A A A

Parte 1 continúa en la página siguiente ➡

¿PREGUNTAS?

1

Si tiene alguna pregunta sobre este formulario, llame a CYES al 1-833-333-CYES (1-833-333-2937) Número de TTY: 1-888-329-1541

De lunes a viernes de 8:30 am a 5:30 pm

Los sábados, de 9:00 am a 12:00 pm

Parte 1 (continuación)

3. Sexo: Masculino Femenino Otra expresión sexual: _____
4. Número de identificación de cliente de Medicaid (CIN) (si es aplicable): _____
5. Idioma primario que habla y entiende el niño o joven: _____
6. Número de Seguro Social (Nº de SS): ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____
7. Dirección actual o principal:

Ciudad

Condado

Estado

Código postal

8. Por favor verifique dónde vive ahora el niño o joven:

- En la casa de su padre o tutor legal
- En la casa de un pariente
- En cuidado temporario
- En colocación fuera del hogar, como una institución, hospital, hogar de cuidados o institución de rehabilitación. Describa: _____

Otros: _____

9. Tipo de seguro:

- No es Medicaid
- Medicaid: ____ Medicaid regular (con pago por servicio) o
____ plan de cuidados administrados de Medicaid
- Seguro de terceros o seguro privado

Nombre del plan: _____

Número de identificación o de póliza: _____

PARTE 2 Información de contacto del padre, tutor legal, persona que da cuidados, representante autorizado legal

Esta parte debe completarse. El padre, tutor legal, persona que da cuidados o representante autorizado legal debe llenar esta información por el/la niño/a o joven menor de 18 años de edad y no está embarazada, no es padre/madre o casado/a. Asegúrese de:

- Escribir su nombre completo, dirección e información de contacto
- Si anota más de dos contactos, escriba sus nombres e información de contacto en una página nueva y anéxela este *Formulario de referencia*

Parte 2 continúa en la página siguiente ➔

¿PREGUNTAS?

2

Si tiene alguna pregunta sobre este formulario, llame a C-YES al 1-833-333-CYES (1-833-333-2937)

Número de TTY: 1-888-329-1541

De lunes a viernes de 8:30 am a 5:30 pm
Los sábados, de 9:00 am a 12:00 pm

Parte 2 (continuación)

- Indique el parentesco con el niño o joven, incluyendo si la persona es un contacto principal, padre, tutor legal, persona que da cuidados o representante autorizado legal. Marque todo lo aplicable.
- Indique el idioma principal del contacto
- Por favor haga el esfuerzo de completar la información de abajo

PERSONA DE CONTACTO N° 1:

Nombre: _____ Inicial: ____ Apellido: _____

¿Usted es el contacto principal? Sí No

Marque uno:

Padre Tutor legal Persona que da cuidados Representante autorizado legal

Dirección actual o principal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Idioma principal: _____ Dirección electrónica: _____

Teléfono de la casa: (____) _____ - _____

Teléfono del trabajo: (____) _____ - _____

Teléfono celular: (____) _____ - _____

¿Podemos enviarle mensajes de texto? Sí No

PERSONA DE CONTACTO N° 2:

Nombre: _____ Inicial: ____ Apellido: _____

¿Usted es el contacto principal? Sí No

Marque uno:

Padre Tutor legal Persona que da cuidados Representante autorizado legal

Dirección actual o principal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Idioma principal: _____ Dirección electrónica: _____

Teléfono de la casa: (____) _____ - _____

Teléfono del trabajo: (____) _____ - _____

Teléfono celular: (____) _____ - _____

¿Podemos enviarle mensajes de texto? Sí No

continúa en la página siguiente ➡

¿PREGUNTAS?

Si tiene alguna pregunta sobre este formulario, llame a C-YES al

1-833-333-CYES (1-833-333-2937) Número de TTY: 1-888-329-1541

De lunes a viernes de 8:30 am a 5:30 pm

Los sábados, de 9:00 am a 12:00 pm

(Continúa)

PARTE 3 Información de la persona que hace la referencia

Esta parte debe completarse. La persona u organización que hace la referencia deberá llenar esta parte. Asegúrese de:

- Identificar la fuente de esta referencia
- Indique el nombre completo, título, dirección e información de contacto
- Indique el número de identificación de Health Commerce System (HCS, sistema comercial de salud), si es aplicable

Persona que hace la referencia:

- Proveedor comunitario
- Profesional que da cuidados
- Miembro de la familia
- Otro (explique): _____

Nombre de la persona que hace la referencia:

Nombre: _____ Inicial: ____ Apellido: _____

Nombre de la organización (si es aplicable): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: (____) _____ - _____ Fax: (____) _____ - _____

Nº de usuario de HCS: _____ Dirección electrónica: _____

PARTE 4 De acuerdo con su conocimiento del niño o joven, marque todos los servicios que usted recomiende para ayudar a mantener al niño o joven en su hogar, escuela y comunidad.

Complete esta Parte si está disponible. Por favor asegúrese de marcar todos los servicios recomendados que ayudarían a mantener al niño o joven en su hogar, escuela y comunidad.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Habilitación comunitaria | <input type="checkbox"/> Servicios prevocacionales |
| <input type="checkbox"/> Respiro (Planificado o por crisis) | <input type="checkbox"/> Modificaciones al vehículo |
| <input type="checkbox"/> Capacitación y apoyo comunitaria para la autodefensa | <input type="checkbox"/> Empleo respaldado |
| <input type="checkbox"/> Respaldo y servicios para la persona que da cuidados o la familia | <input type="checkbox"/> Equipos de adaptación y asistencia |
| <input type="checkbox"/> Servicios de respaldo y capacitación juvenil de personas en la misma situación | <input type="checkbox"/> Respaldo y capacitación juvenil de personas en la misma situación |
| <input type="checkbox"/> Habilitación de un día | <input type="checkbox"/> Cuidados paliativos |
| <input type="checkbox"/> Modificaciones medioambientales | <input type="checkbox"/> Intervención en crisis |
| | <input type="checkbox"/> Transporte por motivos no médicos |

Continúa en la página siguiente ➔

¿PREGUNTAS?

4

Si tiene alguna pregunta sobre este formulario, llame a
C-YES al 1-833-333-CYES (1-833-333-2937)
Número de TTY: 1-888-329-1541

De lunes a viernes de 8:30 am a 5:30 pm
Los sábados, de 9:00 am a 12:00 pm

PARTE 5 Historial de salud y salud del comportamiento (de los 6 meses anteriores)

Complete esta Parte si está disponible. El PCP, especialista o proveedor de salud del comportamiento del niño o joven o la persona que lo refiere puede llenar en esta parte. Marque **todos** los servicios de salud usados en los **6** meses anteriores.

- Tratamiento de salud mental como paciente externo
 - Tratamiento por consumo de sustancias como paciente externo
 - Visita a la sala de emergencias por algún padecimiento siquiátrico
 - Hospitalización médica o siquiátrica
 - Visita a la sala de emergencias por algún padecimiento de salud
 - Colocación residencial o fuera del hogar (describa): _____
- _____
- _____

PARTE 6 Salud actual y salud del comportamiento

Complete esta Parte si está disponible. El PCP, especialista o proveedor de salud del comportamiento del niño o joven o la persona que lo refiere puede llenar en esta parte.

Marque todas las situaciones actuales de salud y de salud del comportamiento aplicables.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Medicamento frágil | <input type="checkbox"/> Nombres de enfermedades crónicas (una o más): |
| <input type="checkbox"/> Determinación de trastornos emocionales graves | _____ |
| <input type="checkbox"/> Discapacitado del desarrollo y en cuidado temporario | _____ |
| <input type="checkbox"/> Discapacitado del desarrollo y medicamento frágil | _____ |
| <input type="checkbox"/> Trauma complejo; emocional, físico | _____ |

Por favor proporcione el Diagnóstico V actual del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM). Sólo llene esta parte si se encuentra dentro del área de práctica, con los documentos del proveedor apropiado. Indique el nombre y teléfono del proveedor actual de salud y de salud del comportamiento en **Información del proveedor personal**.

DSM - V _____

Información del proveedor personal:

Nombre: _____

Teléfono de contacto: (____) _____ - _____

Nombre: _____

Teléfono de contacto: (____) _____ - _____

Continúa en la página siguiente ➡

QUESTIONS?

If you have questions about this form, call C-YES at 1-833-333-CYES (1-833-333-2937) TTY: 1-888-329-1541
Monday to Friday, from 8:30 am to 5:30 pm
Saturday, from 9:00 am to 12:00 pm

PARTE 7 Firma de persona que hace la referencia

Esta parte debe completarse. La persona que hace la referencia para el niño o joven debe llenar esta parte. Si la persona que hace la referencia es el padre, tutor legal, persona que da cuidados o representante autorizado legal, por favor firme abajo.

La persona que hace la referencia debe llenar esta parte:

Al firmar este formulario, estoy enviando una referencia para HCBS para el niño o joven anotado en la Parte 1.

Nombre de la persona que hace la referencia (letra de imprenta):

Nombre: _____ Inicial: ____ Apellido: _____

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____
D D M M A A A A

La **Parte 8** **NO** reemplaza un **Formulario de consentimiento firmado que cumpla con las disposiciones de HIPAA**, cuando el referente es otra persona que no sea el niño o joven, padre, tutor legal, persona que da cuidados o representante autorizado legal.

PARTE 8 Autorización para Referencia y revelación de información: Se requiere una autorización de revelación por escrito cuando se comparta información personal de salud (PHI) durante una referencia

Esta parte debe completarse. Esta Parte debe ser completada solo cuando el referente es el niño/a, el padre, tutor legal, persona que da cuidados o representante autorizado legal.

- **Los niños y jóvenes que consientan por sí mismos deben llenar esta información**
 - Niños y jóvenes de 18 años de edad o mayores o,
 - Los/las niños/as y jóvenes menores de 18 años de edad embarazadas, que son padres/madres o están casados/as
- **El padre, tutor legal, persona que da cuidados o representante autorizado legal debe llenar esta información por el/la niño/a o joven menor de 18 años de edad que no está embarazada, no es padre/madre o está casado/a**

Al firmar abajo estoy dando consentimiento por escrito para compartir la información personal de salud (PHI) de _____'s durante una referencia.
(Nombre del niño o joven)

Consentimiento por escrito y descargo de responsabilidad:

Nombre de la persona que da el consentimiento por escrito:

Nombre: _____ Inicial: ____ Apellido: _____

Parentesco con el niño o joven: _____

Firma: _____

Fecha de la aprobación por escrito: ____ / ____ / ____
D D M M A A A A

¿PREGUNTAS?