



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

PO Box 5008, New York, NY 10274

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 con 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 C-YES al

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

De lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:30 p.m.

Los sábados, de 9:00 a.m. a 12:00 p.m.

Parte 1 (continuación)

NOMBRE DEL NIÑO O JOVEN _____

3. Sexo: Masculino Femenino Otra expresión sexual: _____
4. Número de identificación de cliente de Medicaid (CIN) (si es aplicable): _____
5. Idioma principal que habla y entiende el niño o joven: _____
6. Número de Seguro Social (N° 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 y/o está 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 a 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)

TTY: 1-888-329-1541

De lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:30 p.m.
Los sábados, de 9:00 a.m. a 12:00 p.m.

Parte 2 (continuación)

NOMBRE DEL NIÑO O JOVEN _____

- Complete toda la información de abajo para permitir la comunicación con los contactos principales
- 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.º 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.º 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?

3

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

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

De lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:30 p.m.

Los sábados, de 9:00 a.m. a 12:00 p.m.

NOMBRE DEL NIÑO O JOVEN

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"/> Modificaciones ambientales |
| <input type="checkbox"/> Habilitación de día/diurna | <input type="checkbox"/> Modificaciones de vehículos |
| <input type="checkbox"/> Servicios prevocacionales | <input type="checkbox"/> Tecnología de asistencia y adaptación |
| <input type="checkbox"/> Empleo con apoyo | <input type="checkbox"/> Cuidados paliativos |
| <input type="checkbox"/> Cuidados de relevo (planificados o en situación de crisis) | <input type="checkbox"/> Transporte no médico |
| <input type="checkbox"/> Servicios de defensa y apoyo a familias/cuidadores | |

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)
TTY: 1-888-329-1541

De lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:30 p.m.
Los sábados, de 9:00 a.m. a 12:00 p.m.

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 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 esta parte.

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

- Medicamento frágil
- Determinación de trastornos emocionales graves
- Discapacitado del desarrollo y en cuidado temporario
- Discapacitado del desarrollo y medicamento frágil
- Trauma complejo; emocional, físico
- Nombres de enfermedades crónicas (una o más):

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 ➡

¿PREGUNTAS?

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

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

De lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:30 p.m.

Los sábados, de 9:00 a.m. a 12:00 p.m.

(Continúa)

NOMBRE DEL NIÑO O JOVEN _____

PARTE 7 Firma de la 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 a un **Formulario de consentimiento firmado que cumpla con las disposiciones de HIPAA** cuando el referente es otra persona que no es 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 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 que están embarazadas, que son padres/madres y/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 y no está embarazada, no es padre/madre y/o está casado/a

Al firmar abajo estoy dando consentimiento por escrito para compartir la información personal de salud (PHI) de _____ 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?

6

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

De lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:30 p.m.
Los sábados, de 9:00 a.m. a 12:00 p.m.