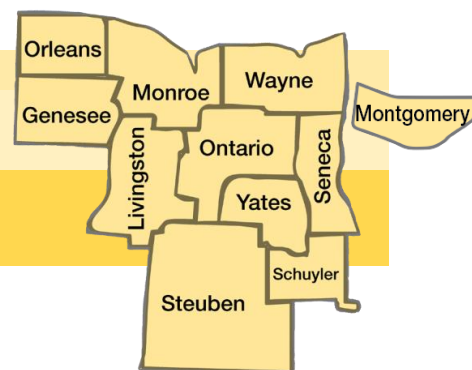


PLAN DE REFERIDO COMUNITARIO PARA EL MANEJO DE SERVICIOS DE CUIDADO DE LAS CASAS DE SALUD (HEALTH HOME)

Huther Doyle, afiliado a HHUNY para el Manejo de Servicios de Cuidado de las Casas de Salud, sirve la Región de los Finger Lakes.



HHUNY está aceptando referidos de la comunidad (proveedores de cuidados de salud, organizaciones comunitarias, individuos y/o miembros de familia) para inscripción de personas elegibles a el Manejo de Servicios de Cuidado de las Casas de Salud (Health Home). Las personas deben cumplir con todos los criterios de selección para poder ser inscritos.

ELEGIBILIDAD PARA EL MANEJO DE SERVICIOS DE CUIDADO DE LAS CASAS DE SALUD (HEALTH HOME)

1. El individuo actualmente tiene el Medicaid activo; Y;
2. El individuo debe reside en los siguientes condados:
Genesee, Livingston, Monroe, Montgomery, Ontario, Orleans,
Schuyler, Seneca, Steuben, Wayne o Yates, Y;
3. El individuo cumple con el criterio de selección de NYS
DOH: dos condiciones crónicas, o VIH/SIDA o, una o más
enfermedades mentales serias; Y;
4. El individuo tiene factores de riesgo de significativos de
conductuales, médicos o sociales que pueden ser manejados
a través de los servicios de manejo de cuidados.

COMO REFERIR A ALGUIEN AL SISTEMA DE HHUNY

1. Complete el formulario adjunto de Aplicación de Referidos Comunitarios, e incluya la mayor cantidad de detalles posibles para que HHUNY pueda verificar los criterios de selección para el Manejo de Servicios de Cuidado a Casa Salud.
2. Adjunte el Formulario firmado de "Autorización para Divulgar Información de Salud".

3. Envíe la aplicación completa y la Autorización a través de correo electrónico seguro, fax o envíe por correo a:

HHUNY Community Referral Coordinator Email:

Correo electrónico: referrals@hhuny.org

Fax: 585-613-7670

Correo: Community Referral Coordinator

Programa de Coordinación de Cuidados de Nueva York
—Casas de Salud del Estado de Nueva York

1150 University Ave, Suite 142A

Rochester NY 14607

Las personas que sean aprobadas para el servicio serán asignadas a una Agencia de Administración de Cuidados, la cual procederá a contactar y tratar de ingresar a la persona en el manejo de servicios de cuidado de la Casa de Salud. Los servicios a la Casa de Salud son voluntarios y a la persona se le pedirá su consentimiento una vez que se le haya contactado y empiece el proceso de inscripción.

HHUNY, a través de sus afiliados, también proporciona servicios a las Casas de Salud en los condados de Allegany, Broome, Cattaraugus, Cayuga, Chautauqua, Chemung, Chenango, Cortland, Delaware, Erie, Madison, Niagara, Onondaga, Oswego, Otsego, Tompkins, Tioga, y Wyoming.

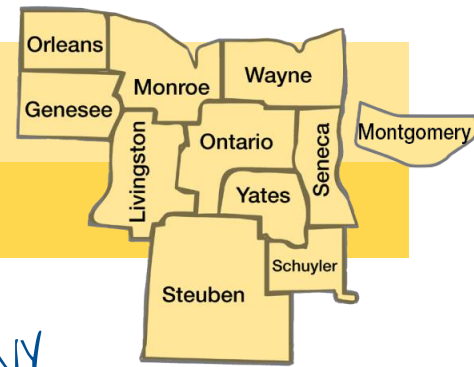
Por favor contactar al Coordinador del Plan de Referidos Comunitario cuando vaya a referir a alguien a los servicios ofrecidos en cualquiera de estos condados. Por favor firmar la Forma de Autorización en la pagina 5. (Continúa)



HHUNY
HEALTH HOMES OF UPSTATE NEW YORK
Empowering you. Expanding possibilities.

PLAN DE REFERIDO COMUNITARIO
PARA EL MANEJO DE SERVICIOS DE CUIDADO DE LAS CASAS DE
SALUD (HEALTH HOME)

Huther Doyle, afiliado a HHUNY para el Manejo de Servicios de Cuidado de las Casas de Salud, sirve la Región de los Finger Lakes.



Como completar un REFERIDO COMUNITARIO A HHUNY

Esta es una breve hoja de referencia y ayuda para asegurar que los originarios de referidos completen de una manera más acertada la forma de Referidos Comunitario de las Casas de Salud. Referidos incorrectos o incompletos impiden procesar correctamente la referencia, lo cual significa un retraso a los servicios del consumidor.

Cuando llene la información acerca de Elegibilidad y Factores de riesgo, por favor proporcione información detallada. Esto le permitirá al Coordinador de Referidos Comunitario de HHUNY la información que necesita para asignar apropiadamente a un referido.

A continuación, una breve lista que le servirá de guía para completar un Referido Comunitario a HHUNY.

- Por favor asegúrese que el número CIN de Medicaid esté incluido en la referencia (Consiste de dos letras, seguidas por cinco números, y una letra). **Por Ejemplo: (AA12345A).**
- Información referente a los requisitos de elegibilidad: Asegúrese de detallar el diagnóstico.
 - **Ejemplo: Enfermedad Mental Seria — 296.8 Trastorno Bipolar NOS**
 - **Ejemplo: Otras condiciones crónicas — COPD**
 - **Si hay 2 en la categoría C, debe proporcionar información acerca de las dos; Esto incluye también trastornos por dependencia a Sustancias**
- Factor de Riesgo – Ofrezca información detallada en referente a los factores de riesgo del usuario:
Ejemplo: El usuario corre el riesgo de ser hospitalizado debido a que no se adhiere a sus medicamentos.
- No se podrán procesar referidos que carezcan del Formulario de Autorización del Usuario, el cual está incluido en la Formade Referido. La **Referencia no será procesada sin el consentimiento; de acuerdo a DOH, la anotación de consentimiento expresado verbalmente es permisible.** SENECEITAEL CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACION PERSONAL DE SALUD , este se encuentra en la referencia de HHUNY
- En el caso de que usted sea una agencia que está asistiendo al usuario a completar su propia referencia, **asegúrese de proporcionarsu información de contacto** conjuntamente con los datos personales del usuario. El coordinador de Referidos Comunitario puede tener dificultad contactando al usuario, lo cual retrasa el proceso de referencia.
- Si la referencia proviene de una unidad médica por favor proporcione:
 - Nombre del hospital e información de contacto, a el Planificador que da de alta.
 - Admisión y fecha de alta prevista
 - Razón por la cual fue admitido

La meta de HHUNY es crear un proceso de Referidos Comunitarios oportuno y fácil de usar.

Verifique que todas las páginas hayan sido enviadas en su totalidad por el fax o a través del correo electrónico (de manera segura).

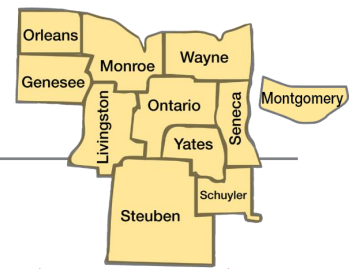


HHUNY
HEALTH HOMES OF UPSTATE NEW YORK
Empowering you. Expanding possibilities.

1150 University Ave, Suite 142A
Rochester NY 14607
1- 855-613-7659
askhhuny@hhuny.org

PARA MAS INFORMACION por favor visite hhuny.org





APLICACION PARA EL PROGRAMA DE REFERIDOS COMUNITARIOS

Huther Doyle, afiliado a HHUNY para el Manejo de Servicios de Cuidado de las Casas de Salud, sirve la Región de los Finger Lakes.

si la referencia es para jovenes entre las edades de 18-21, por favor completan el siguiente.

1. Es la juventud de crianza? En caso afirmativo, por favor pongase en contacto con su LDSS locales. No ☐ Sí ☐
2. Es la juventud recibiendo servicios preventivos? No ☐ Sí ☐
3. Es el padre de los jovenes inscritos en una casa de salud? No ☐ Sí ☐
4. Ha tenido usted en comunicacion con el miembro y quieren entrar en servicios especial de asistencia publica o inscripcion? No ☐ Sí ☐

INFORMACION PERSONAL

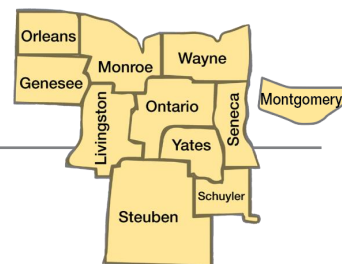
NOMBRE:	Fecha de nacimiento:	
Dirección:	Medicaid CIN #:	
	Nombre de la Organizacion que maneja el Medicaid:	
	Condado de Residencia:	Sexo:
Teléfono:	Teléfono Celular:	
Por favor indique si necesita servicios de interpretación; especifique el idioma que habla si su lengua no es Inglés:		

INFORMACION DE LOS REQUISITOS PARA SER ELEGIBLE

Marcar todas las casillas que sean relevantes. Deberá cumplir solamente uno A o solamente dos B para ser elegible.

Marque		Categoría	Especifique su Diagnóstico; Proporcione Información Detallada
	A	Enfermedad Mental Seria	
	A	HIV/SIDA & el riesgo de desarrollar una condición crónica	
	A	Sickle Cell Disease	
	B	Condiciones de Salud Mental	
	B	Trastorno por Abuso de Sustancias o Droga	
	B	Asma	
	B	Diabetes	
	B	Enfermedades de corazón	
	B	Índice de Masa Corporal (BMI) > 25	
	B	Otras Condiciones Crónicas (Especifique)	





APLICACION PARA EL PROGRAMA DE REFERIDOS COMUNITARIOS

Huther Doyle, afiliado a HHUNY para el Manejo de Servicios de Cuidado de las Casas de Salud, sirve la Región de los Finger Lakes.

Factores de Riesgo Marque todas las que apliquen

Marcar	Categoría	Detalle indicando como el/la referido cumple con el Factor de Riesgo
	Riesgo probable debido a un evento negativo, por ejemplo: muerte, discapacidad, paciente interno o admisión a un asilo de ancianos	
	Falta adecuada de ayuda social, familiar o de vivienda adecuada	
	Falta de conexión adecuada al Sistema de Salud	
	Falta de seguimiento a los tratamientos o medicamento(s) o dificultad controlando el uso de medicamentos	
	Salida reciente de la cárcel	
	Salida reciente de una hospitalización psiquiátrica	
	Falta de capacidad realizando actividades del diario vivir como vestirse, comer, etc.	
	Problemas de Aprendizaje o Cognitivos	

DESCRIPCION Proporcione cualquier información que pueda ayudar en el proceso de asignación a una agencia de manejo

Especifique si tiene una Agencia de Administración de Cuidados que prefiera o recomiende:	
Información de Contacto de la persona que esta completando esta Referencia	Título:
Organización:	
Teléfono:	Correo electrónico:



AUTORIZACIÓN PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Huther Doyle, afiliado a HHUNY para el Manejo de Servicios de Cuidado de las Casas de Salud, sirve la Región de los Finger Lakes.

Al firmar este Documento de Autorización, usted está dando el consentimiento a las personas involucradas en su cuidado a compartir su información de salud de tal manera que su doctor y otros proveedores de salud tengan un entendimiento más completo de su estado de salud y así le proporcionen un mejor cuidado. Su historial de salud proporciona información acerca de sus enfermedades, lesiones, medicinas y/o exámenes médicos. Su historial médico puede que tenga información confidencial, tal como información de su estado de VIH, historial de salud mental, registros de salud reproductiva, tratamientos de droga y alcohol, e información genética.

Si usted permite compartir información, su información de salud sólo será utilizada para ofrecerle a usted tratamiento médico y servicios de salud o sociales que estén relacionados. Esto incluye referidos de un proveedor a otro, consultas relacionadas con el cuidado, disposición de los Servicios de Cuidado de Salud, y la coordinación de Cuidados entre proveedores. Su información de salud se puede compartir solo si las leyes de estado y las federales lo permiten. Estas leyes limitan compartir información acerca de su tratamiento

de abuso de sustancias o programa de salud mental, información relacionada con la condición de VIH, historial de genética, e historial de enfermedades de transmisión sexual.

Su decisión de dar o negar el consentimiento de divulgación acerca de su información de salud no es una condición que pueda afectar de ninguna manera el hecho de que a usted se le niegue los servicios de salud o el seguro de salud. Usted puede retirar su consentimiento en cualquier momento con tan solo firmar el documento de "Formulario de Retiro de Consentimiento" y dárselo a cualquiera de los proveedores listado en el Adjunto A. Cualquiera que reciba información mientras su consentimiento este vigente podrá retener la información. Aún cuando usted retire su consentimiento, ellos no están obligados a devolver la información o a removerla de su historial médico.

Usted tiene derecho a recibir una copia de este Formulario de Autorización una vez que usted lo haya firmado.

CONSENT to disclosure of health information

1. Nombre de la persona cuya información será usada o divulgada:

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

2. La información divulgada puede que incluya todo el historial de su diagnóstico y sus tratamientos de cuidados de salud, todo su historial de Educación, además, incluye, pero no se limita a su: Historial de Salud mental, a excepción de la divulgación de las notas de psicoterapia las cuales no son permitidas; Historial de Tratamientos por Abuso de Drogas; Información relacionada con el HIV; Información Genética; Información acerca de enfermedades transmisibles sexualmente; y el Historial de Educación.
3. Esta información puede ser divulgada a las personas y organizaciones que se encuentran listadas en el Adjunto A.
4. Esta información podrá ser divulgada por cualquier persona u organización que tenga poder del historial descrito abajo, incluyendo a aquellos listados en el Adjunto A.
5. El uso y divulgación de esta información permitida solamente cuando sea necesario con el propósito de proveer servicios de salud y sociales, incluyendo servicios de extensión o alcance a la comunidad

servicio de planeación, referidos, coordinador de cuidado, y el monitoreo de la calidad de servicios.

6. Este permiso expira en esta fecha:

Fecha:

7. Yo entiendo que este permiso puede ser revocado. Yo también entiendo que la información que se haya compartido antes de revocar el permiso no podrá ser recuperada. Cualquier persona u organización que dependa de este permiso puede continuar usando y divulgando la información de salud como sea necesaria para completar cualquier tratamiento de salud.

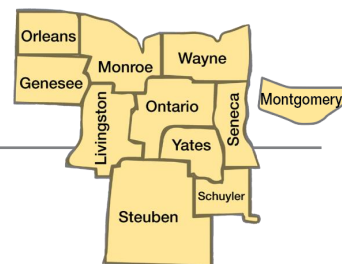
Yo soy la persona cuyo historial será usado y divulgado, o soy el representante personal de este individuo: (Si usted es el representante personal, por favor escriba su relación con el paciente)

--

Yo doy permiso para usar y divulgar mi historial como es descrito en este documento.

Firma:

Fecha:



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR EL HISTORIAL DE SALUD – ADJUNTO A

Huther Doyle, afiliado a HHUNY para el Manejo de Servicios de Cuidado de las Casas de Salud, sirve la Región de los Finger Lakes.

Arbor Housing and Development

Baden Street Settlement

Catholic Charities Community Services

Companion Care of Rochester: formerly Blossom

Modern Home Care Solutions of Western NY

Coordinated Care Services, Inc.

DePaul Community Services

East House Corporation

Elmira Psychiatric Center

Excellus Health Plans

Finger Lakes Community Health

Finger Lakes Area Counseling & Recovery

Agency Genesee County Mental Health

Services Greater Rochester Health Home

Network

(GRHHN)

Happiness House

HCR Care Management LLC

Highmark Western & Northeastern NY

Hillside

Huther-Doyle Memorial Institute, Inc.

Ibero-American Action League

John D. Kelly Behavioral Health Center

Lakeview Health Services

Liberty Resources

Livingston County Mental Health Services

Monroe County Office of Mental Health

Monroe Plan for Medical Care

MVP Health Care

New York Care Coordination Program, Inc.

New York State Catholic Health Plan dba Fidelis Care

New York New York State Office of Mental Health

New York State Office of Alcohol and Substance Abuse
Services

Ontario County Department of Mental Health

Orleans County Department of Mental Health

Pathways, Inc.

Person Centered Housing Options (PCHO)

Rochester Regional Health System

Rochester Psychiatric Center

Rochester Rehabilitation Center

Schuyler County Community Services

Steuben County Community Mental Health Services

TruCare Connections, Inc.

United Healthcare

University of Rochester/Strong Memorial Hospital

Villa of Hope

VNS/UR Home Care/Community Care

Wayne ARC

Wayne County – Wayne Behavioral Health Network

Western New York Independent Living, Inc.

Westside Community Care Management

Yates County Department of Community Services

YWCA of Rochester and Monroe County



1150 University Ave, Suite 142A
Rochester NY 14607
1-855-613-7659
askhhuny@hhuny.org

