Derivación Comunitaria para la Gestión de Cuidados en el Hogar de Salud

Teléfono: 1-866-708-2912
Correo electrónico: HealthHome@ahihealth.org(¡enviar solo mensajes cifrados!)
Fax: 518-615-1220

Tipo de derivación:

☐ Nueva derivación ☐ Traslado (Fecha prevista de _____)

Población:

☐ Derivación para Adultos en el Hogar de Salud ☐ Derivación para el Hogar de Salud Infantil

SI ENVÍA POR FAX, LLAME PARA CONFIRMAR RECEPCIÓN - NO CONFÍE EN EL 'OK' DE LA MÁQUINA DE FAX

Apellido		Nombre			
Nombre preferido:					
CIN de Medicaid (OBLIGATORIO):		Fecha de nacimiento		Género	
Nombre del autorizante (derivación al Hogar de Salud Infantil)					
Dirección	Calle _____ Piso Localidad Provincia Código postal				
Teléfono fijo		Móvil		Teléfono alternativo	
Correo electrónico					

Si se trata de una derivación al Programa de Salud Infantil, por favor responda:

¿El padre, madre o tutor del menor está actualmente inscrito en Salud en Casa?	☐Sí ☐No	¿El menor se encuentra actualmente en acogimiento familiar?	☐Sí ☐No

Fuente de la derivación

Nombre		Cargo	
Entidad		Teléfono	
Dirección	Calle _____ Piso Localidad Provincia Código postal		
Correo electrónico			

Criterios iniciales de elegibilidad (marque todas las que correspondan)

☐ Dos enfermedades crónicas (especifique):

- ☐ Trastorno de salud mental (incluyendo alteraciones emocionales graves)
- ☐ Trastorno por consumo de sustancias
- ☐ Asma
- ☐ Diabetes
- ☐ Enfermedad cardíaca
- ☐ IMC igual o superior al percentil 85 (en niños) O superior a 25 (en adultos)
- ☐ Otro: Especifique , Especifique

O ☐ VIH/SIDA

O ☐ Trastorno mental grave O alteración emocional grave

O ☐ Trauma complejo (solo para Programa de Salud en el Hogar de Niños)

Información del miembro:	
Situación habitacional actual:	☐ Actualmente sin hogar o en riesgo de perder el alojamiento ☐ Actualmente con vivienda, desconocido
Diagnóstico principal y/o código ICD10 (si se conoce): ¿El miembro ha experimentado	☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido
alguna vez una encarcelación? ¿El miembro ha tenido una hospitalización reciente o visita a urgencias?	☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido Fecha de alta:
¿El miembro ha estado recientemente ingresado para tratamiento por abuso de sustancias?	☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido Fecha de alta:
¿El miembro se encuentra actualmente ingresado en un hospital o centro?	☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido
En caso afirmativo:	Nombre del centro:
	Fecha prevista de alta:
	Información adicional sobre la situación actual:

Motivo de la derivación o traslado:

Preocupaciones de seguridad

☐ Antecedentes de conducta agresiva con profesionales ☐ Acceso a armas de fuego ☐ Infestación (chinches, etc.)

☐ Delito sexual registrado ☐ Ninguna ☐ Otro:

Criterios de idoneidad (marque todas las que correspondan)

☐ Vivienda inestable
☐ Falta de apoyo social o familiar / alteraciones en las relaciones familiares
☐ Dificultades en actividades de la vida diaria
☐ No seguimiento de los tratamientos
☐ Conexión insuficiente con el sistema sanitario y/o otros servicios de atención
☐ Dificultades de aprendizaje o cognitivas
☐ Recientemente dado de alta de prisión, centro de acogida, detención o ingreso psiquiátrico
☐ En riesgo de sufrir un evento adverso (por ejemplo, fallecimiento, discapacidad, ingreso hospitalario o en residencia, servicios preventivos obligatorios o traslado fuera del hogar)

Adirondack Health Institute Health Home – Consentimiento del paciente

Declaro que _____, la "Agencia Remitente del Individuo" puede facilitar mis datos personales o los de mi hijo/a nombre, dirección, teléfono, correo electrónico y criterios de elegibilidad para Health Home al Adirondack Health Institute Health Home (AHIHH) para (i) verificar si soy apto/a para recibir servicios de gestión de cuidados de AHIHH y (ii) ponerse en contacto conmigo si soy elegible para dichos servicios.

Comprendo que la información compartida con AHIHH podría incluir (i) datos relacionados con VIH/SIDA, (ii) registros de cualquier tratamiento que yo o mi hijo/a hayamos recibido en centros o programas de salud mental autorizados y (iii) registros de tratamientos realizados en centros asistidos por el gobierno para el abuso de alcohol o drogas. Este consentimiento será válido durante un año a partir de la fecha de firma de este documento.

Entiendo que:

1. Puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, salvo en los casos en que la Agencia Remitente y/o AHIHH ya hayan actuado en base al mismo.
2. Este consentimiento es voluntario y la Agencia Remitente no puede condicionar el tratamiento a mi aceptación de firmarlo.
3. Tengo derecho a recibir una copia firmada de este consentimiento.
4. Cualquier información divulgada bajo este consentimiento solo podrá ser compartida nuevamente por AHIHH conforme a la legislación estatal y federal vigente.
5. He leído y entiendo completamente este formulario. Al firmar abajo, autorizo a la Agencia Remitente a facilitar información sobre mí o mi hijo/a según los términos aquí establecidos.

Nombre del paciente: _____

Por: _____ Fecha: _____

Firma del individuo o padre/madre/tutor

Base de la autoridad del representante legal (si aplica): _____

Si prefiere que una agencia concreta dentro de AHI Health Home se encargue de la gestión de sus cuidados, indíquelo a continuación:

- ☐ Equipo de Acceso Comunitario de AHI (Adultos/Niños)
- ☐ Servicios de Salud Conductual del Norte (Adultos)
- ☐ Centro Familiar del Valle de Champlain (Adultos/Niños)
- ☐ Ciudadanos Defensores (Adultos/Niños)
- ☐ Servicios de Salud Mental del Condado de Essex (Adultos)
- ☐ Gestión de Cuidados Fort Hudson (Adultos/Niños)
- ☐ Gestión de Cuidados HCR (Adultos/Niños)
- ☐ Lakeside House (Adultos)
- ☐ People USA (Adultos)
- ☐ Hospital de Saratoga (Adultos)
- ☐ Paso a Paso (Adultos)
- ☐ Ejército de Salvación (Adultos/Niños)
- ☐ WAIT House (Adultos/Niños)
- ☐ Alianza para la Salud Positiva (Adultos)
- ☐ Servicios de Coordinación de Cuidados de Cáritas Católicas (Adultos)
- ☐ Cambiados por Cristo (Adultos)
- ☐ Conexiones Comunitarias del Condado de Franklin (Adultos/Niños)
- ☐ Familias Primero en el Condado de Essex (Niños)
- ☐ Hospital Glens Falls (Adultos/Niños)
- ☐ Red de Salud Hudson Headwaters (Adultos/Niños)
- ☐ Asociación de Salud Mental del Condado de Essex (Adultos)
- ☐ RISE Servicios de Vivienda y Apoyo en Salud (Adultos/Niños)
- ☐ Refugios de Saratoga (Adultos)
- ☐ Centro Psiquiátrico de St. Lawrence (Adultos)
- ☐ United Helpers (Adultos/Niños)
- ☐ Asociación Warren-Washington para la Salud Mental (ASCEND) (Adultos/Niños)

Tenga en cuenta que no podemos garantizar su elección, ya que depende de la capacidad, ubicación y especialidad. .