

Bienestar Para Personas Mayores
Formulario de Referencia y Autorización para
Asociación De Servicio Completo y Servicios Clínicos de Campo (FCCS)
Adultos Mayores 60+

NOTA: Esta información confidencial se le proporciona de acuerdo con las leyes y regulaciones estatales y federales, incluyendo, pero no limitado a, el Código de instrucciones y bienestar aplicable, el Código civil y las Normas de privacidad HIPAA. La duplicación de esta información para su posterior divulgación está prohibida sin la autorización previa por escrito del cliente / representante autorizado a quien pertenece, a menos que la ley permita lo contrario. La destrucción de esta información se requiere después de que se cumpla el propósito declarado de la solicitud original.

INFORMACIÓN DE REFERENCIA

Fecha: _____ Género: Femenino Masculino Desconocido DMH IBHIS#: _____
 Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Número de Seguro Social: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ EDAD: _____ Raza/Origen Étnico: _____
 Idioma Preferido: _____ Teléfono: _____ Situación de Vida Actual: _____
 Dirección Postal: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____
 Seguro Medico: Ninguno MEDICARE MEDI-CAL Medi-Medi LA Care Beacon
 MHN Asunto de HealthNet HMO Privado:
 (Managed Health Network) Veteranos (V.A.) _____
 Beneficios: Recipiente Asunto de Seguridad de Seguro por Incapacidad Otro Ingreso:
 de Ayuda Veteranos Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSDI) _____
 General (GR) (V.A.) (SSI)
 Cliente sirvió en el ejército

CONTACTO PRINCIPAL: _____ RELACIÓN con el Cliente: _____ TELÉFONO DE CONTACTO PRINCIPAL: _____

CONSERVADOR?: Si No NOMBRE: _____ Teléfono: _____

¿El cliente está recibiendo actualmente algún servicio de salud mental? Si No

Identidad de Género: Masculino Femenino Hombre Transexual Mujer Transexual Género queer
 Cuestionamiento/Inseguro No binario Otra Identidad Desconocido

Orientación Sexual: Heterosexual Gay o Lesbiana Bisexual Desconocido
 Queer Cuestionamiento/Inseguro Otra Orientación Sexual

Fecha Discutida con el individuo: _____

Motivo de la referencia a servicios clínicos de campo (Por favor, verifique (los) motivo(s) para la referencia y explique abajo):

- Acceso deficiente a los servicios de salud mental que requieren servicios al campo Personas sin hogar/riesgo de quedarse sin hogar
- Sistema de apoyo aislado/confinado en casa/limitado o sin apoyo Múltiples hospitalizaciones recientes
- Transición de un nivel de atención a otro Liberación reciente de la cárcel o riesgo de encarcelamiento
- Trastornos coexistentes (trastornos mentales, físicos, de sustancias, cognitivos)

FUENTE DE REFERENCIA

Agencia de Referencia: _____ Persona de Contacto: _____ Teléfono: _____
 Fax: _____ Correo Electrónico: _____

¿Está el individuo recibiendo servicios actualmente, ya sea dentro o fuera de su agencia? Si No

Participación de Otra Agencia: Libertad Provisional Oficina del Envejecimiento Centro Regional DMH (Departamento de Salud Mental)
 GR (Alivio general) / DPSS (Departamento de servicios sociales públicos) APS (Servicios de Protección para Adultos)

Si el individuo fue referido a cualquier otro programa, por favor identifique: _____

- La familia / cliente es consciente de que se está haciendo una referencia de FCCS.
- A la familia / cliente se le ha proporcionado un folleto del FCCS y se le ha informado de la referencia del FCCS.

NOTA: Esta información confidencial se le proporciona de acuerdo con las leyes y regulaciones estatales y federales, incluyendo, pero no limitado a, el Código de instrucciones y bienestar aplicable, el Código civil y las Normas de privacidad HIPAA. La duplicación de esta información para su posterior divulgación está prohibida sin la autorización previa por escrito del cliente / representante autorizado a quien pertenece, a menos que la ley permita lo contrario. La destrucción de esta información se requiere después de que se cumpla el propósito declarado de la solicitud original.

INFORMACIÓN SOBRE LAS DIRECTRICES DE ELEGIBILIDAD

A. El individuo tiene 60 años o más? Si No Si el individuo no tiene 60 años, que edad tiene: _____

B. Marque una de las siguientes opciones:

- El individuo tiene una preocupación emocional grave o persistente por la cual está siendo tratado actualmente o que ha sido tratado previamente.
- El individuo tiene síntomas que no son graves o persistentes, pero se acompañan de un deterioro funcional en las actividades de la vida diaria o en las actividades instrumentales de la vida diaria.
- El individuo está en riesgo de perder o no lograr arreglos de vivienda estables o seguros, riesgo de perder o no tener acceso a los servicios necesarios (incluidos los servicios de cuidador), riesgo de perder independencia debido a preocupaciones actuales o impedimentos emocionales.

Proporcione los detalles de los elementos seleccionados:

C. Marque una de las siguientes opciones:

- Otras agencias de servicios para personas mayores han sido contactadas / identificadas, pero no están disponibles para proporcionar servicios apropiados / relevantes a esta persona.
- El individuo no puede ser atendido apropiadamente por otra agencia de servicios para personas mayores.

Proporcione los detalles de los elementos seleccionados:

MOTIVO ESPECÍFICO DE LA REFERENCIA

Las referencias con demencia no pueden beneficiarse a este programa y es mejor referir a su médico o a un neurólogo

A. Síntomas actuales:

Marque todas las opciones que correspondan:

- Estado de ánimo depresivo Pensamientos/comportamientos agresivos Estado de ánimo ansioso
- Sospechosos de otros Pensamientos/comentarios suicidas Evento traumático reciente o pasado
- Actos sexuales inapropiados Comportamiento extraño / inusual

Explique los elementos seleccionados:

B. Otras cuestiones relacionadas / relevantes de preocupación:

Marque todas las opciones que correspondan:

- Aislado / Confinado en casa Historia / Riesgo de Abuso o Negligencia
- Abuso de Sustancias / Alcohol Problemas Medicos / Condiciones Médicas

Explique los elementos seleccionados:

Envíe por **fax** las formas completadas al Programa FSP para Adultos de Salud Mental Tri-City (Adulto/Adulto Mayor/FCCS). Fax: (909) 623-8552

NOTA: Esta información confidencial se le proporciona de acuerdo con las leyes y regulaciones estatales y federales, incluyendo, pero no limitado a, el Código de instrucciones y bienestar aplicable, el Código civil y las Normas de privacidad HIPAA. La duplicación de esta información para su posterior divulgación está prohibida sin la autorización previa por escrito del cliente / representante autorizado a quien pertenece, a menos que la ley permita lo contrario. La destrucción de esta información se requiere después de que se cumpla el propósito declarado de la solicitud original.

DISPOSICIÓN

* Se completará por Tri-City Mental Health Center Agencia FCCS

Fecha recibida: _____

Autorizado para la inscripción:

Supervisor del programa:

Teléfono _____

Clínico asignado: _____

Teléfono _____

Representante autorizado: _____

Fecha: _____

No autorizado para Inscripción (Explicar las razones de la decisión y planear la vinculación a otros 2 servicios):

El individuo no está de acuerdo con los servicios (Explique la razón de la decisión y el plan para los vínculos):

Fecha: _____

Representante autorizado: _____