



Adultos (60+ años)
Formulario de Referencia y Autorización para
ASOCIACIÓN DE SERVICIOS COMPLETOS (FSP)

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

DMH IBHIS#:
Fecha: Género: Femenino Masculino Desconocido Número de Seguro Social:
Apellido: Primer Nombre:
Fecha de Nacimiento: EDAD:
Raza/Origen Étnico: Idioma Preferido:
Dirección Postal: Ciudad: Código Postal:
Teléfono: Situación de Vida Actual:
Seguro Médico: MEDICAL MEDICARE Ninguno Seguro Médico Privado:
Beneficios: Ayuda General (GR) Asunto de Veteranos (V.A.) Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSDI) Otro Ingreso:

Cliente sirvió en el ejército

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

CONSERVADOR?: Si No NOMBRE: Teléfono:

Identidad de Género: Masculino Femenino Hombre Transexual Mujer Transexual Género queer
Cuestionamiento/Inseguro Otra Identidad No Binario Desconocido
Orientación Sexual: Heterosexual Gay o Lesbiana Bisexual Queer
Cuestionamiento/Inseguro Otra Orientación Sexual Desconocido

FUENTE DE REFERENCIA

Agencia de Referencia: # de Proveedor (si aplica): Area de Servicio:

Persona de Contacto: Teléfono:

Fax: Correo Electrónico:

¿El consumidor está recibiendo actualmente servicios de la agencia de referencia? Si No

Participación de Otra Agencia: Libertad Provisional Libertad Condicional
DMH (Departamento de Salud Mental) Centro Regional
APS (Servicios de Protección para Adultos) APD (Agencia para Personas con Discapacidad)
GR (Alivio general) / DPSS (Departamento de servicios sociales públicos)

¿Se entregó el folleto del FSP a la fuente de referencia? Si No

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

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

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.

POBLACIÓN FOCAL

VERIFIQUE LA(S) RAZÓN(ES) APROPIADA(S) PARA LA REFERENCIA:

- | | # Días durante los últimos 12 meses |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/> Crónicamente sin hogar (HUD Estándares) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cárcel / Encarcelamiento | _____ |
| <input type="checkbox"/> Hospitalización | _____ |
| <input type="checkbox"/> En riesgo inminente de quedarse sin hogar (p.ej. riesgo de desalojo debido a violaciones de código) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Riesgo de ir a la cárcel (p.ej. Múltiples interacciones con la policía durante 6 meses o más) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Riesgo inminente para la colocación en un centro de enfermería especializada (SNF) o hogar de ancianos | _____ |
| <input type="checkbox"/> Ser liberado de SNF / hogar de ancianos Instalación: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Presencia de trastornos concurrentes: | |
| <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias <input type="checkbox"/> Trastorno del desarrollo <input type="checkbox"/> Trastorno médico <input type="checkbox"/> Trastorno cognitivo | |
| <input type="checkbox"/> El cliente tiene un historial recurrente o está en riesgo de abuso o autonegligencia que generalmente están aislados (p.ej. APS – clientes referidos) | |
| <input type="checkbox"/> Riesgo grave de suicidio (no inminente) | |
| <input type="checkbox"/> Inscripción al programa actual ACT/AB2034 y está envejeciendo en el sistema | |
| <input type="checkbox"/> Proporcione detalles para cualquier elemento seleccionado: | |

Documente cualquier información de divulgación pertinente con respecto al cliente aquí: (p.ej. El cliente es difícil de involucrar, el cliente prefiere personal femenino, barreras lingüísticas, etc.)

COMPRUEBE LOS MOTIVOS APROPIADOS PARA LA NOTIFICACIÓN:

- En riesgo de colocación fuera del hogar (Riesgo de caídas debido a condiciones de salud crónicas y numerosos medicamentos, poco o ningún apoyo familiar o social, etc.)
- En riesgo de involucrarse con el sistema de justicia penal (Antecedentes legales / encarcelamiento, poco o ningún apoyo familiar o social, vivienda inadecuada o sin vivienda, etc.)
- En riesgo de ser hospitalizado psiquiátricamente (Ideación o intentos suicidas, falta de coordinación y toma de medicamentos de salud y psicotrópicos según lo prescrito, conexión limitada o nula con servicios comunitarios que no sean de emergencia, etc.)

Proporcione detalles adicionales:

¹ Crónicamente sin hogar (HUD): Una persona que duerme en un lugar no destinado a vivienda humana o refugio de emergencia con una condición de discapacidad que ha estado sin hogar continuamente durante un año o más y/o una persona que tiene 4 episodios de falta de vivienda en los últimos tres años.

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.

NIVEL DE SERVICIO

MARQUE SOLO UNO: (Ver notación)

- SIN SERVICIO (No recibo servicios de salud mental)
- Historial de servicios de salud mental, pero ninguno actualmente* Sin servicios previos de salud mental
- Desfavorecido/Desatendido (Recibiendo algunos servicios de salud mental, aunque insuficientes para lograr los resultados deseados)*
- Servicios de Recuperación, Resiliencia y Reintegración PEI Otro: _____
- Servido inapropiadamente (Recibiendo algunos servicios de salud mental, aunque inapropiados para lograr los resultados deseados debido a necesidades culturales, étnicas, lingüísticas, físicas u otras necesidades específicas del consumidor) *

* Si el cliente ha recibido servicios de salud mental basados en la comunidad en los últimos 6 meses, 1) identificar los programas; 2) indicar el tipo y la frecuencia de los servicios; y 3) explicar por qué los servicios son insuficientes / inapropiados para lograr los resultados deseados:

CONSIDERACIÓN DIAGNÓSTICA

Diagnóstico primario DSM V/Código ICD-10: _____ **Diagnóstico Doble (Codigo X):** _____

Marque todo lo que se aplica al Individuo:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ideación agresiva | <input type="checkbox"/> Actos sexuales inapropiados |
| <input type="checkbox"/> Actos agresivos (por historia o actual) | <input type="checkbox"/> Hospitalizaciones psiquiátricas (indique las fechas abajo) |
| <input type="checkbox"/> Amenazas agresivas (por historial o actual) | <input type="checkbox"/> Ideación/intentos suicidas |
| <input type="checkbox"/> Ideación o actos de incendio | <input type="checkbox"/> Síntomas de psicosis |
| <input type="checkbox"/> Ideación sexual inapropiada | <input type="checkbox"/> Notificaciones Tarasoff (pasadas o actuales) |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

Proporcione los detalles de los elementos seleccionados:



Nombre del Consumidor: _____

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

Fecha recibida: _____

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

- Autorizado para la inscripción:

Supervisor del programa: _____

Teléfono: _____

Clínico asignado: _____

Teléfono: _____

Ciudad: _____

- No autorizado para la referencia a la agencia FSP de contrato (Explicar la razón de la decisión y planificar la vinculación a otros servicios comunitarios):

- Autorizado para la referencia al FSP contratado Nombre de la agencia FSP

Nombre de la Agencia de FSP: _____

Dirección del Programa de FSP: _____

Ciudad: _____

Código Postal: _____

Personal de Contacto: _____

Teléfono: _____

Número de Fax: _____

Representante autorizado: _____

Fecha: _____

Fecha de notificación de la agencia FSP: _____

Para ser completado por la agencia FSP

Por favor envíe por fax el formulario de referencia y autorización completado al Programa FSP para adultos de Tri-City Mental Health Center (Adult/Older Adult/FCCS).

- La Agencia declina inscribir el individuo, pero el individuo es elegible para FSP (Debe completar el formulario de apelación)
- El individuo no está de acuerdo con los servicios (explique las razones de la decisión y planifique los vínculos)
- Se considera que el individuo no es elegible para los Servicios FSP (explique las razones y el plan para los vínculos)

Por favor incluya cualquier información adicional para las opciones marcadas arriba/planes para enlaces: _____

Representante de la Agencia FSP: _____ Fecha: _____