

Adultos (26 a 59 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

Fecha: _____ Género: Femenino Masculino Desconocido DMH IBHIS#: _____
 Apellido: _____ Número de Seguro Social: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ EDAD: _____ Primer Nombre: _____
 Raza/Origen Étnico: _____ Idioma Preferido: _____
 Dirección Postal: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____
 Teléfono: _____ Situación de Vida Actual: _____
 Seguro Médico: MEDI-CAL 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 No binario Otra Identidad Desconocido
 Orientación Sexual: Heterosexual Gay o Lesbiana Bisexual Queer
 Cuestionamiento/Inseguro Prefiero no contestar Otro: _____

FUENTE DE REFERENCIA

Agencia de Referencia: _____ # de Proveedor (si aplica): _____ Área de Servicio: _____
 Persona de Contacto: _____ Teléfono: _____
 Fax: _____ Correo Electrónico: _____

¿El consumidor está recibiendo actualmente servicios de la agencia de referencia? Si No No Aplica
 Participación de Otra Agencia: Libertad Provisional APD (Agencia para Personas con Discapacidad) APS (Servicios de Protección para Adultos)
 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: _____
 Representante de la Agencia FSP: _____

- 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	# Episodios en los últimos 12 meses
<input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/> Crónicamente sin hogar (HUD Estándar)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Cárcel / Encarcelamiento	_____	_____
<input type="checkbox"/> Tipo de Institución(es) (Marcar todas las que se aplican):	_____	_____
<input type="checkbox"/> Institución de Enfermedades Mentales (IMD)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Hospital Estatal	_____	_____
<input type="checkbox"/> Servicios de Emergencia Psiquiátrica	_____	_____
<input type="checkbox"/> Clínica de Urgencias	_____	_____
<input type="checkbox"/> Hospital del Condado	_____	_____
<input type="checkbox"/> Tarifa por servicio hospitalario	_____	_____

Nombre de las instalaciones psiquiátricas cortas/o a largo plazo:

Vivir con miembros de la familia sin cuyo apoyo el individuo debería estar en riesgo inminente de quedarse sin hogar, cárcel o institucionalización - Especifique:

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

COMPRUEBE LOS MOTIVOS APROPIADOS PARA LA NOTIFICACIÓN:

- En riesgo de quedarse sin hogar (Historial de destrucción de propiedad, incapacidad para mantener el arreglo de vivienda, conflicto continuo con vecinos y / o propietario, etc.)
- En riesgo de involucrarse con el sistema de justicia penal (No poder pagar tarifas, presencia de órdenes judiciales, dos o más contactos con la policía en los últimos 90 días, etc.)
- En riesgo de ser hospitalizado psiquiátricamente (Dos o más visitas a un centro psiquiátrico de atención urgente, sala de emergencias médicas para un trastorno psiquiátrico, o sala de emergencias psiquiátricas en los últimos 90 días o al menos un encuentro con un equipo de ayuda de emergencia en los últimos 90 días, etc.)

Proporcionar 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:

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

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: _____

Ciudad: _____ 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: _____