

El Departamento de Higiene Mental del Condado de Chautauque, afiliado a HHUNY para el Manejo de Servicios de Cuidado de las Casas de Salud, sirve la Región Sur de Nueva York.

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: Allegany, Cattaraugus o Chautauque; 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: tmarchese@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

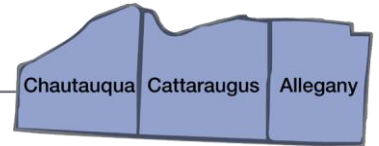
Las personas que sean aprobadas para el servicio serán asignadas a una Agencia de Administración de Cuidados, la cual procederá a contactar y tratar de ingresar a la persona en el manejo de servicios de cuidado de la Casa de Salud. Los servicios a la Casa de Salud son voluntarios y a la persona se le 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 Cayuga, Chemung, Cortland, Erie, Genesee, Livingston, Monroe, Onondaga, Ontario, Orleans, Oswego, Schuyler, Seneca, Steuben, Tompkins, Tioga, Wayne y Yates. 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 página 4.

(Continúa)



APLICACION PARA EL PROGRAMA DE REFERIDOS COMUNITARIOS



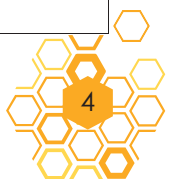
El Departamento de Higiene Mental del Condado de Chautauqua, afiliado a HHUNY para el Manejo de Servicios de Cuidado de las Casas de Salud, sirve la Región Sur de Nueva York

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

El Departamento de Higiene Mental del Condado de Chautauqua, afiliado a HHUNY para el Manejo de Servicios de Cuidado de las Casas de Salud, sirve la Región Sur de Nueva York.

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

AUTORIZACION a divulgar su información de salud.

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

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:

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 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.

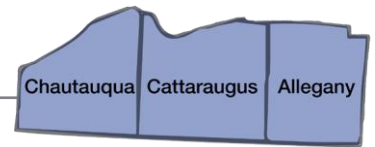
servicio de planeación, referidos, coordinador de cuidado, y el monitoreo de la calidad de servicios.

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.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR EL HISTORIAL DE SALUD – ADJUNTO A



El Departamento de Higiene Mental del Condado de Chautauqua, afiliado a HHUNY para el Manejo de Servicios de Cuidado de las Casas de Salud, sirve la Región Sur de Nueva York.

Allegany County Community Services	Intandem (formerly Cattaraugus Co. Rehabilitation Center)
Buffalo Psychiatric Center	Molina Healthcare
Cattaraugus County Dept. of Community Services	Monroe Plan
Chautauqua County Department of Mental Hygiene	New York Care Coordination Program, Inc.
Coordinated Care Services, Inc.	New York State Catholic Health Plan dba Fidelis Care New York
Directions in Independent Living	New York State Office of Mental Health
Elmira Psychiatric Center	New York State Office of Alcohol and Substance Abuse Services
Evergreen Health Services	The Resource Center
Highmark Western & Northeastern NY	Southern Tier Environments for Living
Hillside	United Healthcare
	Universal Primary Care



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

