

APLICACION PARA EL PROGRAMA DE REFERIDOS COMUNITARIOS

Circare, afiliado a HHUNY para el Manejo de Servicios de Cuidado de las Casas de Salud, sirve la Región Central de Nueva York.

(Anteriormente servicios de gestión de Onondaga, Inc.)

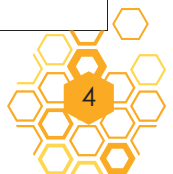


Factores de Riesgo Marque todas las que apliquen

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

Circare, afiliado a HHUNY para el Manejo de Servicios de Cuidado de las Casas de Salud, sirve la Región Central de Nueva York.

(Anteriormente servicios de gestión de Onondaga, Inc.)

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

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 retirar su 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.

CONSENT to disclosure of health information

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

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.

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:
--------	--------

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR EL HISTORIAL DE SALUD – ADJUNTO A

Circare, afiliado a HHUNY para el Manejo de Servicios de Cuidado de las Casas de Salud, sirve la Región Central de Nueva York.

(Anteriormente servicios de gestión de Onondaga, Inc.)



- | | |
|--|--|
| Addiction Center of Broome County | Lakeview Health Services, Inc. |
| Beacon Health Option | Liberty Resources, Inc. |
| Casa Trinity | Molina Healthcare |
| Catholic Charities of Broome County
(Encompass CMA) | Monroe Plan for Medical Care |
| Catholic Charities Chemung- Schuyler Counties | New York Care Coordination Program, Inc. |
| Catholic Charities of Cortland County | New York State Catholic Health Plan dba Fidelis Care New
York |
| Catholic Charities of Oswego County | New York State Office of Mental Health |
| Cayuga County Community Mental Health
Center | New York State Office of Alcohol and Substance Abuse Services |
| Central New York Health Home Network | Oswego County Opportunities, Inc. |
| Circare | Oswego Health |
| Community Health and Home Care (VNS) | Our Lady of Lourdes Memorial Hospital |
| Coordinated Care Services, Inc. | Pathways, Inc |
| Elmira Psychiatric Center | Rehabilitation Support Services |
| Excellus Health Plans | RISE Refugee & Immigrant Self Empowerment |
| Family & Children's Counseling Services | Southern Tier Care Coordination |
| Family Services of Chemung | St. Joseph's Health Home |
| HCR Care Management | Tioga County Department of Mental Health |
| Helio Health | TruCare Connections, Inc. |
| Hillside | United Healthcare |
| | United Methodist Home dba Complete 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

