

PLAN DE REFERIDO COMUNITARIO  
PARA EL MANEJO DE SERVICIOS DE CUIDADO DE LAS CASAS DE  
SALUD (HEALTH HOME)

Servicios a las Casas de Salud en el área de BestSelf, una Casa de Salud  
afiliada a HHUNY que ofrece sus servicios en el área Oeste 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: Genesee, Livingston, Monroe, Ontario, Orleans, Schuyler, Seneca, Steuben, Wayne o Yates; 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](mailto: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

1099 Jay Street, Bldg. J  
Rochester, NY 14611

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, Genesee, Livingston, Madison, 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)



**HHUNY**  
HEALTH HOMES OF UPSTATE NEW YORK  
Empowering you. Expanding possibilities.



## How to complete a COMMUNITY REFERRAL TO HHUNY

Esta es una breve hoja de referencia y ayuda para asegurar que los originarios de referidos completen de una manera más acertada la forma de Referidos Comunitario de las Casas de Salud. Referidos incorrectos o incompletos impiden procesar correctamente la referencia, lo cual significa un retraso a los servicios del consumidor.

Cuando llene la información acerca de Elegibilidad y Factores de riesgo, por favor proporcione información detallada. Esto le permitirá al Coordinador de Referidos Comunitario de HHUNY la información que necesita para asignar apropiadamente a un referido.

A continuación, una breve lista que le servirá de guía para completar un Referido Comunitario a HHUNY.

- Por favor asegúrese que el número CIN de Medicaid esté incluido en la referencia (Consiste de dos letras, seguidas por cinco números, y una letra). **Por Ejemplo:** (AA12345A).
- Información referente a los requisitos de elegibilidad: Asegúrese de detallar el diagnóstico.
  - **Ejemplo:** Enfermedad Mental Seria — 296.8 Trastorno Bipolar NOS
  - **Ejemplo:** Otras condiciones crónicas — COPD
  - **Si hay 2 en la categoría C, debe proporcionar información acerca de las dos; Esto incluye también trastornos por dependencia a Sustancias**
- Factor de Riesgo – Ofrezca información detallada en referente a los factores de riesgo del usuario:  
**Ejemplo:** El usuario corre el riesgo de ser hospitalizado debido a que no se adhiere a sus medicamentos.
- No se podrán procesar referidos que carezcan del Formulario de Autorización del Usuario, el cual está incluido en la Forma de Referido. **La Referencia no será procesada sin el consentimiento; de acuerdo a DOH, la anotación de consentimiento expresado verbalmente es permisible. SE NECESITA EL CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACION PERSONAL DE SALUD**, este se encuentra en la referencia de HHUNY
- En el caso de que usted sea una agencia que está asistiendo al usuario a completar su propia referencia, **asegúrese de proporcionar su información de contacto** conjuntamente con los datos personales del usuario. El coordinador de Referidos Comunitario puede tener dificultad contactando al usuario, lo cual retrasa el proceso de referencia.
- Si la referencia proviene de una unidad médica por favor proporcione:
  - Nombre del hospital e información de contacto, a el Planificador que da de alta.
  - Admisión y fecha de alta prevista
  - Razón por la cual fue admitido

La meta de HHUNY es crear un proceso de Referidos Comunitarios oportuno y fácil de usar.

**Verifique que todas las páginas hayan sido enviadas en su totalidad por el fax o a través del correo electrónico (de manera segura).**



**HHUNY**  
HEALTH HOMES OF UPSTATE NEW YORK  
Empowering you. Expanding possibilities.

1099 Jay Street, Building J  
Rochester, NY 14611  
1-855-613-7659  
[askhhuny@hhuny.org](mailto:askhhuny@hhuny.org)

PARA MAS INFORMACION por favor visite [hhuny.org](http://hhuny.org)



## APLICACION PARA EL PROGRAMA DE REFERIDOS COMUNITARIOS



Servicios a las Casas de Salud en el área de BestSelf, una Casa de Salud afiliada a HHUNY, y que ofrece sus servicios en la parte Oeste de New York

Si la referencia es para jóvenes entre las edades de 18-21, por favor completan el siguiente.

1. Es la juventud de crianza? En caso afirmativo, por favor pongase en contacto con su LDSS locales. **No** **Sí**
2. Es la juventud recibiendo servicios preventivos? **No** **Sí**
3. Es el padre de los jóvenes inscritos en una casa de salud? **No** **Sí**
4. Ha tenido usted en comunicacion con el miembro y quieren entrar en servicios especial de asistencia publica o inscripcion? **No** **Sí**

### INFORMACION PERSONAL

NOMBRE:	Fecha de nacimiento:		
Dirección:	Medicaid CIN #:		
	Nombre de la Organizacion que maneja el Medicaid:		
	Condado de Residencia:	Sexo:	
Teléfono:	Teléfono Celular:		
Por favor indique si necesita servicios de interpretación; especifique el idioma que habla si su lengua no es Inglés:			

### INFORMACION DE LOS REQUISITOS PARA SER ELEGIBLE

Marcar todas las casillas que sean relevantes. Deberá cumplir solamente A o solamente B o dos C para poder calificar.

Marque	Categoría	Especifique su Diagnóstico; Proporcione Información Detallada
<input type="checkbox"/>	A Enfermedad Mental Seria	
<input type="checkbox"/>	B HIV/SIDA & el riesgo de desarrollar una condición crónica	
<input type="checkbox"/>	C Condiciones de Salud Mental	
<input type="checkbox"/>	C Trastorno por Abuso de Sustancias o Droga	
<input type="checkbox"/>	C Asma	
<input type="checkbox"/>	C Diabetes	
<input type="checkbox"/>	C Enfermedades de corazón	
<input type="checkbox"/>	C Índice de Masa Corporal (BMI) > 25	
<input type="checkbox"/>	C Otras Condiciones Crónicas (Especifique)	



APLICACION PARA EL PROGRAMA DE REFERIDOS COMUNIDAD

Servicios a las Casas de Salud en el área de BestSelf, una Casa de Salud afiliada a HHUNY, y que ofrece sus servicios en la parte Oeste de New 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:



## AUTORIZACION PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACION CONFIDENCIAL

### Servicios a las Casas De Salud en el área de BestSelf, una casa de Salud afiliada a HHUNY y que sirve a las Casas de la parte Oeste 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

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

Servicios a las Casas de Salud en el área de BestSelf, una afiliación de la Casa de Salud de HHUNY y que le da servicios a la parte Oeste de Nueva York



Beacon Health Options  
BestSelf Health Home Services (formerly Lake Shore Health Home Services)  
Buffalo Federation of Neighborhood Centers  
Buffalo Psychiatric Center  
Community Concerns of Western New York  
Coordinated Care Services, Inc.  
Deaf Access Services, Inc.  
Evergreen Health Services  
HealthNow New York, Inc./Amerigroup/BlueCross Blue Shield of Western New York/Anthem  
Hillside Family of Agencies  
Horizon Health Services, Inc.  
Independent Health Association, Inc.  
Jericho Road Community Health Center

Monroe Plan for Medical Care  
New York Care Coordination Program, Inc.  
New York State Catholic Health Plan dba Fidelis Care New York  
New York State Office of Mental Health  
New York State Office of Alcohol and Substance Abuse Services  
Transitional Services, Inc.  
United Healthcare  
Venture Forthe Inc.  
Western New York Independent Living, Inc.  
YourCare Health Plan



**HHUNY**  
HEALTH HOMES OF UPSTATE NEW YORK  
Empowering you. Expanding possibilities.

1099 Jay Street, Building J  
Rochester, NY 14611  
1-855-613-7659  
[askhhuny@hhuny.org](mailto:askhhuny@hhuny.org)

