

**COLUMBIA COMMUNITY MENTAL HEALTH
REMISIÓN PARA LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN DE WRAPAROUND**

Se DEBE completar toda la información. Los formularios incompletos se devolverán a quien hace la remisión.



Remisión para los sistemas de atención de Wraparound

Programa Wraparound de Columbia Community Mental Health

Gracias por su interés en el programa de atención integral Wraparound de CCMH. Wraparound es un programa voluntario que brinda coordinación de los cuidados intensivos y servicios de apoyo de pares a los jóvenes que participan en varios sistemas y a sus cuidadores.

Para ser elegible para Wraparound, el joven tiene que cumplir con los siguientes requisitos:

- Ser elegible para el Plan de Salud de Oregon.
- Participar en más de un sistema que atiende jóvenes y familias.
- Tener necesidades complejas que no se han cubierto usando los apoyos tradicionales.
- Haber completado una evaluación de salud mental en los últimos 60 días.

Los jóvenes son elegibles automáticamente para el programa Wraparound si están inscritos en uno de los siguientes programas: Programa seguro para niños internados/Programa seguro para adolescentes internados, servicios de tratamiento psiquiátrico residencial o un programa residencial para niños víctimas de explotación sexual comercial infantil.

Una vez que recibamos la remisión y la confirmación de haber completado una evaluación de salud mental, un socio de apoyo familiar o socio de apoyo para jóvenes se comunicará con el joven y su cuidador para hablar sobre el proceso de planificación y revisión de Wraparound.

Puede presentar una solicitud de las siguientes formas:

Correo electrónico a wraparound@ccmh1.com

Fax al (503) 397-7879

Correo postal a:

CCMH – Youth Wraparound Program

PO Box 1234

St. Helens, OR 97051

Comuníquese con el programa Wraparound directamente para obtener más información al (503) 397-7919

Nombre de nacimiento del joven: _____ Edad: _____ Fecha de nac.: _____
Nombre elegido por el joven: _____ Pronombres utilizados: _____
Raza/etnia: _____ Género: _____ Sexualidad: _____ Lengua materna: _____
Si es mayor de 12 años, información de mejor forma de contacto (teléfono, SnapChat, IG, etc.): _____
¿Participación previa en Wraparound? Sí (fechas: _____) No

Fecha de la última evaluación de salud mental: _____

¿Es miembro del Plan de Salud de Oregon (OHP)? Sí (id. del miembro: _____) No

¿El joven tiene un seguro además del OHP? Sí No

*Si la respuesta es sí, indicar la compañía de seguro privado y el n.º de id. del miembro: _____

Seleccione los sistemas que atienden jóvenes y familias con los que este joven está trabajando actualmente:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Departamento de Servicios Humanos | <input type="checkbox"/> Salud mental |
| <input type="checkbox"/> Tribunal de Menores | <input type="checkbox"/> Atención médica |
| <input type="checkbox"/> Alcohol y drogas | <input type="checkbox"/> Discapacidades del desarrollo |
| <input type="checkbox"/> IEP/504 (educación especial) | <input type="checkbox"/> Intervención temprana (IFSP) |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

Remitido por: _____ Vínculo: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico/fax: _____

Proveedor de salud mental actual: _____ Teléfono: _____

Médico de cabecera: _____ Teléfono: _____

Escuela actual: _____ Teléfono: _____

Tutor legal

Nombre: _____ Vínculo: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____ Idioma: _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

Colocación actual (si no es la indicada anteriormente)

Nombre: _____ Vínculo: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____ Idioma: _____

Información sobre la familia biológica (si no es la indicada anteriormente)

Nombre: _____ Vínculo: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____ Idioma: _____

*Complete y envíe de vuelta los formularios de divulgación de información adjuntos para las personas/proveedores y escuelas indicados en este formulario.

¿Cuáles son algunas de las cosas que más te gustan de ti y tu familia?

Ejemplo: Cocinamos la cena juntos todos los fines de semana.

¿Quiénes son algunas de las personas que tú y tu familia pueden llamar para recibir apoyo cuando las cosas se complican?

Ejemplo: Nuestros vecinos, los Smith. Siempre nos apoyan y son muy amables cuando las cosas parecen desmoronarse.

¿Cuáles son algunas medidas que hasta ahora se han tomado para satisfacer tus necesidades y las de tu familia?

*Ejemplo: Hemos probado terapia, hospitales, planificación de seguridad y solicitar revisiones del IEP a la escuela.
¡Nada parece estar funcionando!*

¿Cómo quieres que tus proveedores de servicios trabajen con más eficacia para ti?

Ejemplo: Me gustaría que dejaran de hacernos probar lo mismo una y otra vez. ¡Necesitamos ideas NUEVAS!

¿Sientes que los proveedores que trabajan contigo te escuchan? Da un ejemplo de por qué sí o por qué no.

Ejemplo: A veces. Siento que la mayoría de las veces no parecen escucharnos cuando les decimos que algo es un problema. Nos siguen diciendo "dale tiempo", pero creo que no tenemos tiempo.

¿Qué deberíamos saber sobre ti para que el proceso de planificación de Wraparound pueda ser de apoyo para los valores y la cultura de tu familia?

Ejemplo: La actividad física es muy importante para nuestra familia. Tenemos muchas reuniones a las que tenemos que asistir todos los días, pero realmente necesitamos tener tiempo para poder ir de paseo o caminar juntos durante la semana.

¿Qué necesita tu familia para salir adelante?

Ejemplo: ¡Coherencia entre nuestros proveedores! Todos están haciendo algo diferente y parece que nunca logramos progresar.

¿Hay algo más que quieras compartir?

CONSENTIMIENTO PARA LA ADMISIÓN A COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN

Entiendo que _____ (nombre del joven) ha sido remitido a Wraparound y esto incluirá una revisión de sus registros.

El joven y su familia entienden que un socio de apoyo familiar, un supervisor de Wraparound o un orientador de Wraparound se comunicarán con ellos para brindarles información más específica sobre qué deben esperar de Wraparound y del Comité de Revisión de Wraparound.

El Comité de Revisión de Wraparound se reunirá para determinar si cumplen con los criterios de participación en los programas de Wraparound (se adjunta la lista de criterios). El comité de revisión se compone de socios comunitarios que incluyen Salud Mental, Departamento de Menores, Bienestar Infantil, Socios Escolares, Discapacidades del Desarrollo, Socios de Apoyo Familiar de Oregon, Youth Move Oregon, CPCCO y posiblemente otros socios comunitarios implicados. Si el joven y la familia no cumplen los criterios de participación en el programa Wraparound o deciden darse de baja de la participación en el proceso de planificación de Wraparound, se les ofrecerá una remisión a los Servicios de Coordinación de la Atención Intensiva.

El equipo revisará las fortalezas de la familia, sus necesidades, sus apoyos actuales y la intervención de agencias y determinará si cumplen los criterios de Wraparound. Después de que se reúna el comité, el coordinador de la atención integral de Wraparound le notificará respecto a su elegibilidad para participar en el programa Wraparound junto con las recomendaciones sugeridas que el comité propuso.

La información que posiblemente se revise puede incluir los registros de salud física y conductual, los registros escolares y los expedientes del Tribunal de Menores. Entiendo que toda la información será confidencial, excepto que firme una autorización de divulgación de la información indicándole a CCMH qué información pueden compartir y con quién pueden hacerlo. La información de salud está protegida por las leyes estatales y federales, así como también por la política del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Entiendo que la participación en el proceso de evaluación y en el programa Wraparound es voluntaria y al firmar a continuación indico mi intención de participar.

Firma del joven (si es mayor de 14 años)

Fecha

Firma del padre/madre/cuidador

Fecha

Firma del tutor legal (si es diferente a lo anterior)

Fecha

PARA USO EXCLUSIVO DEL COMITÉ

Todas las remisiones a Wraparound deben cumplir los siguientes 5 criterios:	Criterios cumplidos:	Notas:
Inscrito en CCO (elegible para Medicaid)		
Participación de varios sistemas (salud mental, Departamento de Servicios de Salud, tribunal de menores, discapacidades intelectuales y del desarrollo, apoyo médico, IEP con ed./fuera de la colocación convencional)		
Diagnóstico activo de salud mental		
Necesidades complejas que no pueden satisfacerse con otros sistemas		
Joven y familia/tutor interesados y dispuestos a participar en el proceso de Wraparound		
Y ADEMÁS al menos 2 de los siguientes criterios:		
La colocación en vivienda estable ha sido interrumpida o está en riesgo de ser interrumpida debido a las necesidades de salud mental/salud conductual		
Admisión frecuente o inminente a servicios de hospitalización o de tratamiento intensivo		
Riesgo elevado que trastorna las actividades de la vida diaria		
Riesgo significativo de perder la colocación en la escuela o guardería por conductas relacionadas con sus necesidades de salud mental		
Sistema de apoyo familiar y factores de estrés ambientales que afectan las actividades de la vida diaria		
O bien la inscripción actual en una organización de atención coordinada (CCO), inscripción en uno de los siguientes programas y familia interesada en participar en el proceso de Wraparound		
Colocación en un programa seguro para adolescentes internados/hospitalizados (SAIP), programa seguro para niños internados/hospitalizados (SCIP)		
Servicios de tratamiento psiquiátrico residencial o el programa residencial para víctimas de explotación sexual comercial infantil (CSEC)		

- Aprobado como elegible para Wraparound - Fecha: _____
- El joven o la familia no son elegibles para participar en el programa Wraparound en este momento. En cambio, el comité de revisión ofreció estos servicios, apoyos y estrategias:

Fecha: _____

COLUMBIA COMMUNITY MENTAL HEALTH
AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

SECCIÓN A: El nombre de la persona, o categoría de personas, que puede autorizar el uso o la divulgación solicitados:

Yo, _____, fecha de nacimiento: _____, o mi representante autorizado, autorizo a Columbia Community Mental Health a divulgar mi información de salud protegida según se describe en la Sección B a continuación. Entiendo que:

1. Mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para los beneficios no estarán condicionados a mi autorización para el uso o la divulgación.
2. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

SECCIÓN B: Entidad autorizada a recibir o usar la información de salud protegida de la persona:

Nombre o describa específicamente a la persona u organización a la que nos autoriza a divulgar la información o que puede usar la información de salud protegida descrita a continuación.

Nombre de la entidad: _____

Dirección de la entidad: _____ Teléfono de la entidad: _____

Marque esta casilla si autoriza a esta entidad a divulgar la información seleccionada a continuación a Columbia Community Mental Health:

SECCIÓN C: Información de salud protegida a usar o divulgar:

Describa de forma específica y significativa el tipo de información de salud protegida que autoriza a usar o divulgar.

- Información relacionada con los registros de salud mental
- Información relacionada con los registros de trastorno por consumo de sustancias
- Información relacionada con los registros de VIH, SIDA, hepatitis B o hepatitis C
- Información relacionada con los registros de discapacidad intelectual o del desarrollo

Describa de forma específica y significativa la información de salud protegida que autoriza a usar o divulgar.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Coordinación de la atención/comunicaciones | <input type="checkbox"/> Registros educativos |
| <input type="checkbox"/> Órdenes del médico/lista de medicamentos | <input type="checkbox"/> Informes del laboratorio (p. ej.: análisis de orina, ECG, análisis de sangre, RM/TC) |
| <input type="checkbox"/> Registros sociales/ocupacionales | <input type="checkbox"/> Información genética |
| <input type="checkbox"/> Estado de la remisión/tratamiento | <input type="checkbox"/> Resumen del alta |
| <input type="checkbox"/> Evaluación | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Plan del tratamiento | |
| <input type="checkbox"/> Notas de progreso | |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes y examen físico | |
| <input type="checkbox"/> Pruebas/evaluación psicológicas | |

SECCIÓN D: Finalidad del uso o la divulgación:

Describa el motivo del uso o la divulgación de esta información.

La afirmación "a solicitud de la persona" es una descripción suficiente de la finalidad cuando inicia la autorización y no brinda una declaración de la finalidad o elige no hacerlo.

SECCIÓN E: Firma:

Yo, _____, he tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de esta autorización, y confirmo que el contenido se ajusta con las instrucciones que le di. Entiendo que, al firmar este formulario, confirmo mi autorización para que use o divulgue la información de salud protegida indicada en este formulario a las personas u organizaciones mencionadas en él.

Firma: _____

Fecha: _____

Si esta autorización la firma un representante personal en nombre de la persona, complete lo siguiente:

Nombre del representante personal: _____

Vínculo con la persona: _____

Descripción de la potestad para actuar por la persona: _____

SECCIÓN F: Prohibición de la divulgación posterior:

Esta autorización está destinada al uso o la divulgación de la información de salud que incluye los servicios de salud mental.

AVISO SOBRE LA PROHIBICIÓN DE LA DIVULGACIÓN POSTERIOR DE LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Tiene prohibido volver a divulgar esta información salvo que se permita hacerlo expresamente en el consentimiento por escrito de la persona o que su representante personal autorice su uso y divulgación. (ORS 179.505(14))

Esta autorización está destinada a la divulgación de la información de salud que incluye el tratamiento por consumo de alcohol o drogas.

AVISO SOBRE LA PROHIBICIÓN DE LA DIVULGACIÓN POSTERIOR DE LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL TRATAMIENTO POR CONSUMO DE ALCOHOL O DROGAS

Este aviso acompaña la divulgación de información sobre un cliente que recibe un tratamiento por consumo de alcohol o drogas hecha a usted con el consentimiento de dicho cliente. Esta información se le divulgó a partir de los registros protegidos por las normas de confidencialidad federales (Parte 2 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales). Las normas federales le prohíben volver a divulgar esta información salvo que la divulgación posterior esté permitida expresamente en el consentimiento por escrito de la persona a quien haga referencia o según se permita de otro modo en la Parte 2 del Título 42 del CFR. NO alcanza para esta finalidad una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo. Las normas federales restringen el uso de la información para investigar o procesar penalmente a los pacientes por consumo de alcohol o drogas.

SECCIÓN G: Vencimiento y revocación:

Esta autorización vencerá (complete una opción):

El día ___/___/_____

*Si no se ingresa una fecha de vencimiento, esta autorización vencerá tres (3) años después de la fecha de su firma.

Derecho a revocar: Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento al presentar un aviso por escrito de mi revocación a la oficina de contacto indicada a continuación. Entiendo que la revocación de esta autorización *no* afectará las medidas que tome cumpliendo con esta autorización antes de recibir mi aviso de revocación por escrito.

Oficina de contacto: Registros Médicos

Teléfono: (503) 438-2166

Fax: 503-397-5373

Correo electrónico: medicalrecords@ccmh1.com

Dirección: 58646 McNulty Way, St. Helens, OR 97051

COLUMBIA COMMUNITY MENTAL HEALTH
AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

SECCIÓN A: El nombre de la persona, o categoría de personas, que puede autorizar el uso o la divulgación solicitados:

Yo, _____, fecha de nacimiento: _____, o mi representante autorizado, autorizo a Columbia Community Mental Health a divulgar mi información de salud protegida según se describe en la Sección B a continuación. Entiendo que:

1. Mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para los beneficios no estarán condicionados a mi autorización para el uso o la divulgación.
2. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

SECCIÓN B: Entidad autorizada a recibir o usar la información de salud protegida de la persona:

Nombre o describa específicamente a la persona u organización a la que nos autoriza a divulgar la información o que puede usar la información de salud protegida descrita a continuación.

Nombre de la entidad: _____

Dirección de la entidad: _____ Teléfono de la entidad: _____

Marque esta casilla si autoriza a esta entidad a divulgar la información seleccionada a continuación a Columbia Community Mental Health:

SECCIÓN C: Información de salud protegida a usar o divulgar:

Describa de forma específica y significativa el tipo de información de salud protegida que autoriza a usar o divulgar.

- Información relacionada con los registros de salud mental
- Información relacionada con los registros de trastorno por consumo de sustancias
- Información relacionada con los registros de VIH, SIDA, hepatitis B o hepatitis C
- Información relacionada con los registros de discapacidad intelectual o del desarrollo

Describa de forma específica y significativa la información de salud protegida que autoriza a usar o divulgar.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Coordinación de la atención/comunicaciones | <input type="checkbox"/> Registros educativos |
| <input type="checkbox"/> Órdenes del médico/lista de medicamentos | <input type="checkbox"/> Informes del laboratorio (p. ej.: análisis de orina, ECG, análisis de sangre, RM/TC) |
| <input type="checkbox"/> Registros sociales/ocupacionales | <input type="checkbox"/> Información genética |
| <input type="checkbox"/> Estado de la remisión/tratamiento | <input type="checkbox"/> Resumen del alta |
| <input type="checkbox"/> Evaluación | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Plan del tratamiento | |
| <input type="checkbox"/> Notas de progreso | |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes y examen físico | |
| <input type="checkbox"/> Pruebas/evaluación psicológicas | |

SECCIÓN D: Finalidad del uso o la divulgación:

Describa el motivo del uso o la divulgación de esta información.

La afirmación "a solicitud de la persona" es una descripción suficiente de la finalidad cuando inicia la autorización y no brinda una declaración de la finalidad o elige no hacerlo.

SECCIÓN E: Firma:

Yo, _____, he tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de esta autorización, y confirmo que el contenido se ajusta con las instrucciones que le di. Entiendo que, al firmar este formulario, confirmo mi autorización para que use o divulgue la información de salud protegida indicada en este formulario a las personas u organizaciones mencionadas en él.

Firma: _____

Fecha: _____

Si esta autorización la firma un representante personal en nombre de la persona, complete lo siguiente:

Nombre del representante personal: _____

Vínculo con la persona: _____

Descripción de la potestad para actuar por la persona: _____

SECCIÓN F: Prohibición de la divulgación posterior:

Esta autorización está destinada al uso o la divulgación de la información de salud que incluye los servicios de salud mental.

AVISO SOBRE LA PROHIBICIÓN DE LA DIVULGACIÓN POSTERIOR DE LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Tiene prohibido volver a divulgar esta información salvo que se permita hacerlo expresamente en el consentimiento por escrito de la persona o que su representante personal autorice su uso y divulgación. (ORS 179.505(14))

Esta autorización está destinada a la divulgación de la información de salud que incluye el tratamiento por consumo de alcohol o drogas.

AVISO SOBRE LA PROHIBICIÓN DE LA DIVULGACIÓN POSTERIOR DE LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL TRATAMIENTO POR CONSUMO DE ALCOHOL O DROGAS

Este aviso acompaña la divulgación de información sobre un cliente que recibe un tratamiento por consumo de alcohol o drogas hecha a usted con el consentimiento de dicho cliente. Esta información se le divulgó a partir de los registros protegidos por las normas de confidencialidad federales (Parte 2 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales). Las normas federales le prohíben volver a divulgar esta información salvo que la divulgación posterior esté permitida expresamente en el consentimiento por escrito de la persona a quien haga referencia o según se permita de otro modo en la Parte 2 del Título 42 del CFR. NO alcanza para esta finalidad una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo. Las normas federales restringen el uso de la información para investigar o procesar penalmente a los pacientes por consumo de alcohol o drogas.

SECCIÓN G: Vencimiento y revocación:

Esta autorización vencerá (complete una opción):

El día ___/___/_____

*Si no se ingresa una fecha de vencimiento, esta autorización vencerá tres (3) años después de la fecha de su firma.

Derecho a revocar: Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento al presentar un aviso por escrito de mi revocación a la oficina de contacto indicada a continuación. Entiendo que la revocación de esta autorización *no* afectará las medidas que tome cumpliendo con esta autorización antes de recibir mi aviso de revocación por escrito.

Oficina de contacto: Registros Médicos

Teléfono: (503) 438-2166

Fax: 503-397-5373

Correo electrónico: medicalrecords@ccmh1.com

Dirección: 58646 McNulty Way, St. Helens, OR 97051