

Solicitud del Punto Único de Acceso para Niños, parte 1

Información del joven solicitante			
Apellido legal	Nombre legal	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento

Instrucciones: complete este formulario y preséntelo al C-SPOA de origen del solicitante para solicitar la Coordinación de C-SPOA. Notan: Para pedir Tratamiento comunitario asertivo para jóvenes (ACT), Residencia comunitaria para niños (CCR) o Instalación de tratamiento residencial (RTF), complete y presente la parte 1 del C-SPOA (este formulario) y la parte 2 al C-SPOA del solicitante.

Información del joven solicitante			
Nombre del joven en uso		Pronombres en uso	
Sexo asignado en el certificado de nacimiento del joven <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Identidad de género <input type="checkbox"/> Agénero <input type="checkbox"/> No binario/Genderqueer <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Raza del joven: elija todas las opciones que correspondan <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano		<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco	Idioma principal/métodos de comunicación: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Origen étnico del joven <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano		SSN	
Domicilio permanente, si corresponde		Ubicación actual (si es diferente al de casa)	
¿Tiene el joven cobertura de Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	N.º de Medicaid/CIN	Marque si el joven es elegible para: <input type="checkbox"/> Título IV-E <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> SSDI	
Las personas con alguno de estos estados migratorios pueden ser elegibles para recibir Medicaid: <ul style="list-style-type: none"> • Ciudadano • Residente permanente (titular de la tarjeta de residente) • Refugiado o asilado • Titular de una visa U o T (para víctimas de delitos o de trata de personas) • Titular de la tarjeta de autorización de empleo • Beneficiario de Acción Diferida para los Llegados en la Juventud (DACA) 			
¿Corresponde la condición migratoria del joven a una de las categorías de arriba? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Existe documentación disponible para confirmar que la condición migratoria del joven corresponde a una de las categorías de arriba? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Tiene el joven seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Plan del seguro	Número de póliza del seguro	
¿Está inscrito el joven en la atención médica a domicilio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce	Si la respuesta es "Sí", dé información de contacto: Nombre de la agencia/Nombre del HHCM: _____ Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____		
Información de contacto del remitente (si no es el cuidador)			
Nombre/cargo del remitente		Organización/programa que hace la remisión	
Dirección del remitente			
Teléfono del remitente	Fax del remitente	Correo electrónico del remitente	

Solicitud del Punto Único de Acceso para Niños, parte 1

Información del joven solicitante			
Apellido legal		Nombre legal	Inicial del segundo nombre
Fecha de nacimiento			
Información de contacto del cuidador 1		Información de contacto del cuidador 2	
Nombre completo <input type="checkbox"/> ¿Cuál es el contacto principal?		Nombre completo <input type="checkbox"/> ¿Cuál es el contacto principal?	
Dirección		Dirección	
Teléfono	Correo electrónico	Teléfono	Correo electrónico
Relación con el joven	¿Es el tutor legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Relación con el joven	¿Es el tutor legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Idioma principal del cuidador	¿Habla inglés con fluidez? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Idioma principal del cuidador	¿Habla inglés con fluidez? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Estado de la custodia legal			
<input type="checkbox"/> Los dos padres juntos	<input type="checkbox"/> Otro, familiar		
<input type="checkbox"/> Solo el padre biológico	<input type="checkbox"/> Menor emancipado		
<input type="checkbox"/> Solo la madre biológica	<input type="checkbox"/> DSS. Identifique la situación:		
<input type="checkbox"/> Custodia compartida	<input type="checkbox"/> ACS. Identifique la agencia de planificación de casos:		
<input type="checkbox"/> Padres adoptivos			
<input type="checkbox"/> OCFS y Tribunal de Familia. Identifique el estatus	<input type="checkbox"/> Caso Pendiente	<input type="checkbox"/> Delincuente juvenil	<input type="checkbox"/> Menor infractor
<input type="checkbox"/> Persona que necesita supervisión (PINS)	<input type="checkbox"/> Delincuente juvenil	<input type="checkbox"/> Colocación restrictiva	
Tenga en cuenta cualquier información sobre el estatus de custodia (p. ej., acceso restringido):			
Motivo de la remisión			
Motivo de la remisión (identificar las necesidades e intereses del servicio. Adjunte otra hoja, si la necesita).			
Diagnóstico de salud mental (si se conoce)			
¿Tiene el menor un diagnóstico de salud mental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce		De ser así, ¿cuál es el diagnóstico principal?	
		¿Cuándo se hizo el diagnóstico?	
¿Determinó un profesional autorizado de las artes curativas que el joven cumple los criterios de trastorno emocional grave? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce		De ser así, ¿cuándo se tomó la determinación?	

Información del joven solicitante			
Apellido legal	Nombre legal	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento
Puntuaciones de la prueba de IQ (si están disponibles)			
Escala completa	Subescala verbal, según corresponda	Subescala no verbal, según corresponda	Fecha de la prueba
Proveedores actuales			
Escuela y grado	Terapeuta/Agencia del terapeuta		
Psiquiatra/Agencia del psiquiatra	Otro proveedor de servicios/agencia		
Información de servicio adicional (opcional si se presenta con la parte 2 de la solicitud del C SPOA)			
Cantidad de hospitalizaciones psiquiátricas en los últimos 12 meses	Cantidad de visitas al Departamento de Emergencias (Emergency Department) en los últimos 12 meses		
En este momento, ¿recibe el joven servicios preventivos mediante DSS o ACS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce	Si la respuesta es "Sí", indique el nombre del proveedor de prevención		
¿Está el joven en este momento en crianza temporal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce	¿Está el joven disponible para adopción? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿El joven actualmente es elegible para la OPWDD? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Solicitud pendiente	Participación en otros sistemas (p. ej., bienestar infantil, etc.) Especifique		
Pantalla preliminar de elegibilidad para HHCMA si aún no está conectado			
¿Tiene el joven dos o más condiciones crónicas (p. ej., asma, diabetes, trastorno por consumo de sustancias)?	Sí	No	Se desconoce
¿Tiene el joven VIH/sida?	Sí	No	Se desconoce
¿Cree que el joven tiene un trastorno emocional grave? (El joven cumple uno de los criterios de abajo) <ul style="list-style-type: none"> Tiene dificultades con el cuidado personal, la vida familiar, las relaciones sociales, el autocontrol o el aprendizaje. Tiene síntomas suicidas. Tiene síntomas psicóticos (alucinaciones, delirios, etc.). Corre riesgo de causar lesiones personales o daños a la propiedad. Su comportamiento genera el riesgo de que se le aparte de su grupo familiar. 	Sí	No	Se desconoce
¿Estuvo el joven expuesto a diversos eventos traumáticos que dejaron un impacto de largo plazo y de gran alcance?	Sí	No	Se desconoce

Si tiene documentación de respaldo sobre alguno de los diagnósticos o condiciones de arriba, adjúntela. Complete el consentimiento OBLIGATORIO adjunto para revelar información para que se procese esta solicitud del SPOA.



Solicitud del Punto Único de Acceso para Niños, parte 1

Información del joven solicitante			
Apellido legal	Nombre legal	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento

**CONSENTIMIENTO OBLIGATORIO PARA REVELAR INFORMACIÓN
para el Punto Único de Acceso (SPOA), Condado ("Condado")**

La persona remitida o su tutor legal/representante personal deben completar esta autorización. Esta autorización permite usar, revelar y volver a revelar información médica protegida (PHI) según las leyes y reglamentaciones estatales y federales que rigen la revelación de registros confidenciales, y el Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales que rige la revelación de registros de drogas y alcohol para coordinar la atención, la prestación de servicios, el pago de los servicios y las operaciones de atención médica.

AUTORIZO la comunicación y el intercambio de la información de identificación personal (PII) y la PHI entre el equipo del Punto Único de Acceso del Condado (SPOA) (compuesto por empleados del estado y del condado, y representantes de proveedores de servicios locales), otros proveedores, (consulte la lista adjunta de Proveedores en la página 5); **Y** la fuente de remisión (persona/cargo/agencia/escuela o centro correccional):

DESCRIPCIÓN DE LA INFORMACIÓN que se usará/revelará y volverá a revelar (*marque TODAS las opciones que correspondan*): **TODAS las que se mencionan abajo**

	Tratamiento para pacientes hospitalizados/ambulatorios	
Remisión (incluyendo la información de contacto)	Información económica o de seguros	Diagnóstico
Evaluación psiquiátrica	Resumen del alta/plan de tratamiento	Salud física
Evaluación de salud mental/psicosocial	Informe de investigación previo a la sentencia	Medicamentos (pasados y presentes)
Pruebas psicológicas o neurológicas	Información relacionada con el VIH/sida	Consumo de sustancias
Documentación de necesidad médica		Registros escolares (incluyendo las pruebas)
Historia psicosocial y evaluación	Otro (especifique):	
Información sobre planificación familiar		

PROPÓSITO O NECESIDAD DE LA INFORMACIÓN:

Permitir que SPOA: haga remisiones a los proveedores adecuados; consulte sobre la atención; participe en los servicios de administración de la atención; dé información sobre la planificación del alta a los proveedores que se mencionan en la página 5; coordine la atención entre proveedores y mediante centros de salud; y facilite la participación en los servicios a los que se accede mediante el SPOA.

ENTIENDO y RECONOZCO:

- Esta información no debe usarse, revelarse o volver a revelarse para ningún otro propósito que esta autorización no cubra;
- Cuando se revele, la persona que recibió la información podría volver a revelar la información médica, con algunas excepciones. Si autorizo la revelación de información relacionada con el VIH/sida, el tratamiento por consumo de alcohol o drogas o el tratamiento de salud mental, el destinatario tiene prohibido volver a revelar dicha información o usar la información revelada para cualquier otro fin sin mi autorización, a menos que lo permita la ley o norma federal o estatal;
- Autorizo la revelación de la información descrita arriba a los proveedores identificados en la página 2 de este formulario para los fines identificados en este formulario;
- Tengo derecho a revocar (anular) esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe ser por escrito en un formulario del **Condado**. Sé que mi revocación no afecta a la información revelada mientras la autorización estuvo en vigor;
- No estoy obligado a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará a mi capacidad para recibir tratamiento ni mi elegibilidad para recibir los beneficios;
- Tengo derecho a revisar y copiar mi propia PHI que se usará/revelará (según los requisitos de las reglamentaciones federales de protección de la privacidad en virtud del artículo 164.524 del título 45 del CFR);



Solicitud del Punto Único de Acceso para Niños, parte 1

Información del joven solicitante			
Apellido legal	Nombre legal	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento

POR LA PRESENTE AUTORIZO usar, revelar y volver a revelar la PHI indicada por y para las partes identificadas en este comunicado con la frecuencia necesaria para cumplir los fines identificados arriba, y esta autorización vencerá: (marque una opción)

Cuando la persona nombrada en este documento ya no recibe servicios del SPOA del condado;

Un año a partir de la fecha de la firma;

Otro: _____

CERTIFICO QUE AUTORIZO el uso de la PHI como se establece en este documento. Firmando esta autorización, reconozco que la leí y la entendí. Se exime al centro, sus empleados, directivos y médicos de toda responsabilidad legal o responsabilidad derivada de la revelación de la información que se indica arriba en la medida indicada y autorizada en el presente documento.

FIRMA de la persona, padre o tutor legal **Nombre en letra imprenta de la persona que firma** **Fecha**

Descripción de la autoridad del representante personal

FIRMA del TESTIGO **Nombre en letra imprenta del testigo/cargo** **Fecha**

Lista de las agencias con las que el Comité del SPOA está autorizado a intercambiar información

Anexo A

Este permiso para revelar registros se aplica a las siguientes organizaciones y personas que trabajan en esas organizaciones. Estas organizaciones trabajan juntas para brindar servicios a los residentes del condado de Monroe.

Anthony Jordan Health Center	Monroe County Family Access and Connection Team (FACT)
Arc of Monroe	Monroe County Probation
Aspire Hope	Monroe County Youth and Family Partnership (YFP)
Baden Street	Monroe Plan for Medical Care
Baker Victory Services	New Directions Youth and Family Services Inc
Berkshire Farm	North American Family Institute Inc.
Blossom	Office of Addiction Services and Supports (OASAS)
Catholic Charities Community Services	Office of People with Developmental Disabilities (OPWDD)
Catholic Charities of Livingston County;	OnTrack NY
Catholic Family Center	Our Lady Victory (OLV)
Cattaraugus Rehabilitation Center	NYS Office of Mental Health
Cayuga Children's Center	Pathways Inc.
Center and Services for Youth	People Inc.
Children and Family Services	Recovery Options Made Easy (ROME)
Children's Health Home of Upstate New York (CHHUNY)	Rochester Psychiatric Center
Community Maternal Services	Rochester Regional Health System
Community Missions	Salvation Army
Compeer	Spectrum Human Services
Coordinated Care Services, Inc.	St. Anne Institute
CP Rochester	The Autism Council of Rochester Inc.
DayStar for Medically Fragile Children	The Healing Connection, Inc.
Delphi	University of Rochester Medical Center/URMC
Epilepsy Pralid Inc.	Vanderheyden Hall
Endeavor Counseling Services	Villa of Hope
Fingerlakes Therapy Works	Wayne Arc
Finger Lakes Area Counseling and Recovery Agency (FLACRA)	Western New York Children's Psychiatric Center
Gavia LifeCare Center	
Genesee County Mental Health	
Glove House	
Greater Rochester Health Home Network (GRHHN)	
Gustavus Adolphus Family Services	
Happiness House / Finger Lakes Cerebral Palsy Association	
HCR Care Management LLC.	
Heritage Christian Services Inc.	
Hillside Family of Agencies	
Huther Doyle	
Innovative Care	
Jefferson Family Medicine	
Lee Randle Jones	
Liberty Resources, Inc.	
Lifetime Care	
Livingston County Mental Health	
Mary Cariola Children's Center	
Maximus C-YES	
Mental Health Association;	
Monroe County Children's Detention Center	



Solicitud del Punto Único de Acceso para Niños, parte 1

Información del joven solicitante			
Apellido legal	Nombre legal	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento

PREFERENCIA DE COMUNICACION

El SPOA del Condado quiere respetar sus preferencias sobre la comunicación. Indique sus preferencias abajo.

Correo postal

¿Podemos enviar correo a su dirección con nuestra dirección de remitente en el sobre? Sí No

Teléfono:

Cuando llamemos, ¿podemos decir que somos el SPOA (Punto Único de Acceso) del Condado? Sí No

¿Podemos dejar un mensaje de voz en los números de teléfono que nos dio? Sí No

PERMISO PARA COMUNICACIÓN ELECTRÓNICA

Entiendo que la transmisión de información electrónica podría no ser segura. Las comunicaciones por correos electrónicos y por teléfono celular no están encriptados, y podrían existir otras preocupaciones incluyendo, entre otras: los correos electrónicos y los faxes podrían enviarse accidentalmente a la persona equivocada; el contenido podría cambiarse sin conocimiento; podrían existir copias; algunos correos electrónicos podrían contener virus dañinos; las comunicaciones por teléfonos celulares podrían ser interceptadas o escuchadas por otros; enviar mensajes de texto deja un registro de la comunicación; y existe el riesgo de pérdida del dispositivo que contiene información.

FIRMANDO ABAJO, POR LA PRESENTE AUTORIZO al equipo de salud mental del SPOA del Condado para que se comunique **conmigo** mediante *(marque todas las opciones que correspondan)*:

FAX	Número de fax:	_____
CORREO ELECTRÓNICO	Dirección de correo electrónico:	_____
CELULAR	Número de teléfono:	_____
MENSAJE DE TEXTO	Número de teléfono:	_____

Entiendo que puedo cancelar este permiso en cualquier momento, pero no se puede aplicar de manera retroactiva a la comunicación que ya se envió.

FIRMA de la persona, padre o tutor legal

Nombre en letra imprenta de la persona que firma

Fecha

Descripción de la autoridad del representante personal

Nombre en letra imprenta del testigo/cargo

Fecha

FIRMA del TESTIGO



Solicitud del Punto Único de Acceso para Niños, parte 1

Información del joven solicitante			
Apellido legal	Nombre legal	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento

Consentimiento opcional de recuperación de la información del paciente del Punto Único de Acceso para Niños (C-SPOA)

Nombre del condado del SPOA _____

El Comité del SPOA podría obtener información médica, incluyendo los expedientes médicos del joven, mediante un sistema informático administrado por _____ una Organización regional de información médica (RHIO). Una RHIO usa un sistema informático para recopilar y almacenar información médica, incluyendo los expedientes médicos, de los médicos y proveedores de atención médica del joven que forman parte de la RHIO. La RHIO solo puede compartir la información médica del joven con las personas que usted diga que pueden ver u obtener esa información médica.

El Comité del SPOA también podría obtener información médica, incluyendo la historia de servicios del joven que Medicaid reembolsó mediante un sistema informático llamado PSYCKES, que está a cargo de la Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York. PSYCKES es un sistema informático que mantiene la Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York que contiene información médica de la base de datos de Medicaid del Estado de Nueva York, información médica de registros clínicos e información de otras bases de datos de salud del Estado de Nueva York. Para obtener una lista actualizada y más información sobre las bases de datos de salud del estado de Nueva York en PSYCKES, visite www.psyckes.org y consulte "About PSYCKES".

Si acepta y firma este formulario, los miembros del Comité del SPOA pueden obtener, ver, leer y copiar TODA la información médica del joven (incluyendo toda la información médica obtenida de la RHIO o de PSYCKES) que necesitan para coordinar la atención médica del joven, administrar dicha atención o estudiarla para mejorar la atención médica de los pacientes. La información médica que podrían obtener, ver, leer y copiar podría ser de antes o después de la fecha en la que firme este formulario. Sus expedientes médicos podrían tener información sobre enfermedades o lesiones que su hijo tuvo o pudo haber tenido antes; resultados de pruebas, como radiografías o exámenes de sangre; y los medicamentos que toma actualmente o que tomó antes. Los expedientes médicos de su hijo también pueden tener información sobre:

- Problemas con el consumo del alcohol o drogas
- Métodos anticonceptivos y aborto (planificación familiar)
- Pruebas o enfermedades genéticas (hereditarias)
- VIH/sida
- Condiciones de salud mental
- Enfermedades de transmisión sexual
- Medicamentos y dosis
- Información sobre el diagnóstico
- Alergias
- Resúmenes de la historia de consumo de sustancias
- Notas clínicas
- Resumen del alta
- Información de empleo
- Condición de vida
- Apoyos sociales
- Información de reclamos por servicios de salud
- Pruebas de laboratorio

La información médica es privada y no se puede dar a otras personas sin el permiso correspondiente en virtud de las leyes y normas del estado de Nueva York y de los EE. UU. Los proveedores que pueden obtener y ver la información médica de su hijo deben obedecer todas estas leyes. No pueden dar la información de su hijo a otras personas, a menos que un tutor adecuado lo apruebe o que la ley diga que pueden dar la información a otras personas. Esto es eficaz, ya sea que su información médica esté en un sistema informático o impresa. Algunas leyes cubren la atención para el VIH/sida, los expedientes de salud mental, y el alcoholismo o la drogadicción. Los proveedores que usan la información médica de su hijo y el Comité del SPOA deben obedecer estas leyes y reglas.

Lea toda la información de este formulario antes de firmarlo:

DOY CONSENTIMIENTO para que el Comité del SPOA tenga acceso a TODA la información médica de mi hijo mediante la RHIO o PSYCKES para dar atención a mi hijo o administrar la atención de mi hijo, para verificar si mi hijo está en un plan médico y qué cubre el plan.

NIEGO EL CONSENTIMIENTO para que el Comité del SPOA acceda a TODA la información médica de mi hijo mediante la RHIO o PSYCKES; sin embargo, entiendo que mi proveedor podría obtener mi información incluso sin mi consentimiento para ciertos propósitos limitados si está específicamente autorizado por las leyes y reglamentaciones estatales y federales.

Consentimiento para compartir información del paciente

Datos sobre la información del paciente y el proceso de consentimiento

1. ¿Cómo usarán los proveedores del SPOA mi información?

Si usted acepta, los proveedores del SPOA usarán su información médica para:

- Coordinar su atención médica y administrarla.
- Verificar si usted tiene seguro médico y qué es lo que cubre.
- Estudiar y mejorar la atención médica de los pacientes.

La opción que elija NO permitirá que las compañías de seguros médicos vean su información para decidir si le darán el seguro médico o si pagarán sus facturas.

2. ¿De dónde proviene mi información médica?

Su información médica proviene de los lugares y las personas que le han dado atención médica o seguros médicos en el pasado. Estos pueden incluir hospitales, médicos, farmacias, laboratorios, planes médicos (compañías de seguros), el programa Medicaid y otros grupos que comparten información médica. Para obtener una lista de la información disponible en PSYCKES, visite el sitio web de PSYCKES en www.psyckes.org y consulte la sección "About PSYCKES", o pídale a su proveedor de tratamiento que se la imprima.

3. ¿Qué leyes y reglas tratan la manera en que se puede compartir mi información médica?

Estas leyes y reglamentaciones incluyen la Ley de Salud Mental de Nueva York, artículo 33.13; la Ley de Salud Pública de Nueva York, artículo 27-F; y las reglas federales de confidencialidad, incluyendo la parte 2 del título 42 del CFR y las partes 160 y 164 del título 45 del CFR (que son las reglas conocidas como "HIPAA").

4. Si acepto, ¿quién puede obtener y ver mi información?

Las únicas personas que pueden ver su información médica son aquellas que usted apruebe para que puedan obtenerla y verla, como los médicos y otras personas que trabajan para el SPOA y que participan en su atención médica, y las personas que trabajan para un proveedor del SPOA que está a cargo de su atención para ayudar a verificar su seguro médico, o para estudiar y mejorar la atención médica de todos los pacientes.

5. ¿Qué sucede si una persona usa mi información y yo no acepté?

Si cree que una persona usó su información y usted no aceptó dar a esta persona su información, comuníquese con uno de los proveedores que usted haya aprobado para que pudiera ver sus registros, con el SPOA llamando al _____ con la Oficina del Fiscal de los Estados Unidos llamando al (212) 637-2800 o con la Oficina de Relaciones con el Cliente de Salud Mental del estado de Nueva York llamando al 800-597-8481.

6. ¿Cuánto tiempo dura mi consentimiento?

Su consentimiento durará hasta el día que usted lo retire, hasta que el SPOA deje de funcionar, o tres años después de la última fecha en la que haya recibido servicios del SPOA, lo que suceda primero.

7. ¿Qué sucede si cambio de opinión más adelante y quiero anular mi consentimiento?

Puede anular su consentimiento en cualquier momento firmando un Formulario de anulación del consentimiento y dándoselo al SPOA. Puede obtener este formulario llamando al _____. Nota: aunque más adelante decida anular su consentimiento, los proveedores que ya tienen su información no tienen que eliminarla de sus registros.

8. ¿Cómo puedo obtener otra copia de este formulario?

Puede obtener una copia de este formulario después de firmarlo.



Solicitud del punto único de acceso para niños, parte 2: solicitud de remisión a ACT, CCR y RTF para jóvenes de la OMH

Table with 4 columns: Apellido legal, Nombre legal, Inicial del segundo nombre, Fecha de nacimiento

Instrucciones: Para pedir Tratamiento comunitario asertivo (ACT) para jóvenes, Residencia comunitaria para menores (CCR) o Centro residencial de tratamiento (RTF), complete y presente la parte 1 de la solicitud del programa de Punto Único de Acceso para Niños (C-SPOA) y esta parte 2 de la solicitud al C-SPOA de origen del solicitante.

Nota: Si se produce una actualización de la información facilitada en la solicitud en un plazo de 90 días a partir de la presentación inicial, las actualizaciones pueden hacerse volviendo a presentar el formulario, actualizando las secciones pertinentes y seleccionando "marque esta casilla si no hay cambios en la información" para el resto.

Sección 1: tipo de remisión Si presenta nuevamente la solicitud en los últimos 90 días, marque esta casilla si no hay cambios en la información.

Seleccione el tipo de programa al que quiere acceder el joven solicitante/la familia:

Tratamiento comunitario asertivo (ACT) para jóvenes de la Oficina de Salud Mental (Office of Mental Health, OMH)

No disponible en todo el estado. Confirme si el solicitante reside en uno de los siguientes condados de captación:

- List of counties: Albany/Schenectady, Bronx, Brooklyn, Broome, Cortland/Chenango, Erie/Niagara, Manhattan, Monroe, Nassau, Oneida, Onondaga, Queens, Staten Island, Suffolk, Westchester

Residencia comunitaria para niños (CCR) de la OMH

Centro residencial de tratamiento (RTF) de la OMH

Sección 2: motivo de la remisión Si presenta nuevamente la solicitud en los últimos 90 días, marque esta casilla si no hay cambios en la información.

¿Cuáles son los síntomas actuales que requieren tratamiento y apoyo? Describa la frecuencia, intensidad, duración y riesgo de daño de cada síntoma que tenga.



Solicitud del punto único de acceso para niños, parte 2: solicitud de remisión a ACT, CCR y RTF para jóvenes de la OMH

Información del joven solicitante			
Apellido legal	Nombre legal	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento

¿Cuáles son las necesidades que plantea el joven solicitante/la familia? ¿Cómo afectan estas necesidades a la capacidad del joven solicitante para desenvolverse en la casa, la escuela y la comunidad?

¿Cuáles son las fortalezas del joven solicitante y de la familia?

¿Está el joven solicitante/la familia en contacto con servicios comunitarios actualmente? Si es así, describa el tipo de servicio, la frecuencia, la duración y la coordinación de estos servicios.

¿Qué dificultades han afectado la capacidad de los servicios basados en la casa y la comunidad para cubrir las necesidades del joven solicitante y su familia?



Solicitud del punto único de acceso para niños, parte 2: solicitud de remisión a ACT, CCR y RTF para jóvenes de la OMH

Información del joven solicitante			
Apellido legal	Nombre legal	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento

Sección 3: información del programa de educación		
<input type="checkbox"/> Si presenta nuevamente la solicitud en los últimos 90 días, marque esta casilla si no hay cambios en la información.		
Distrito escolar local	Nombre de la escuela	Grado
¿Un Comité de educación especial (CSE) ha determinado que el solicitante tiene una discapacidad o condición de educación especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pendiente		
Si la respuesta es Sí, indique todas las que correspondan (por ejemplo, problemas de aprendizaje, trastornos emocionales, discapacidades múltiples, etc.):		
¿Dispone actualmente de un Programa de educación individualizada (IEP) o de un plan 504? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, un IEP <input type="checkbox"/> Sí, un plan 504	¿Un CSE ha determinado que el solicitante es elegible para la Evaluación alternativa del estado de Nueva York? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Fecha de la última reunión del CSE: _____ <input type="checkbox"/> N/A
Nombre del contacto del CSE	Teléfono del CSE	Correo electrónico del CSE

Sección 4: participación de sistemas y servicios <input type="checkbox"/> Si presenta nuevamente la solicitud en los últimos 90 días, marque esta casilla si no hay cambios en la información.		
Categorías de sistemas y servicios	Participación	Describe el motivo de su participación y el plazo previsto <i>Si necesita más espacio, adjunte la descripción a la solicitud.</i>
Oficina para Personas con Discapacidades de Desarrollo (OPWDD)	¿Es elegible para la exención de servicios basados en la casa y la comunidad (HCBS) de la OPWDD? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	<i>(Si corresponde, indique el estado actual de la elegibilidad o las remisiones pendientes).</i>
	En caso de participación <u>actual</u> : Nombre de contacto _____ Cargo _____ Teléfono _____ Correo electrónico _____	
Participación de los Servicios de protección infantil (CPS)	<input type="checkbox"/> Anterior <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> No sabe	
	En caso de participación <u>actual</u> : Nombre de contacto _____ Cargo _____ Teléfono _____ Correo electrónico _____	
Custodia de la Administración de Servicios para Menores (ACS)/ del Departamento de Servicios Sociales (DSS)	<input type="checkbox"/> Anterior <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> No sabe	
	En caso de participación <u>actual</u> : Nombre de contacto _____ Cargo _____ Teléfono _____ Correo electrónico _____	



Solicitud del punto único de acceso para niños, parte 2: solicitud de remisión a ACT, CCR y RTF para jóvenes de la OMH

Información del joven solicitante			
Apellido legal	Nombre legal	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento

Tribunales de familia	<input type="checkbox"/> Anterior <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> No sabe	
	En caso de participación <u>actual</u> : Nombre de contacto _____ Cargo _____ Teléfono _____ Correo electrónico _____	
PINS/Programa de Remisión para Personas en Necesidad de Supervisión (PINS)	<input type="checkbox"/> Anterior <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> No sabe	
	En caso de participación <u>actual</u> : Nombre de contacto _____ Cargo _____ Teléfono _____ Correo electrónico _____	
Libertad condicional	<input type="checkbox"/> Anterior <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> No sabe	
	En caso de participación <u>actual</u> : Nombre de contacto _____ Cargo _____ Teléfono _____ Correo electrónico _____	
Tribunal Penal	<input type="checkbox"/> Anterior <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> No sabe	(Si corresponde, indique si tiene acusaciones pendientes)
	En caso de participación <u>actual</u> : Nombre de contacto _____ Cargo _____ Teléfono _____ Correo electrónico _____	
División de Justicia para Menores y Oportunidades para los Jóvenes (DJJOY) de la Oficina de Servicios para la Infancia y la Familia (OCFS) (custodia de la DJJOY de la OCFS)	<input type="checkbox"/> Anterior <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> No sabe	
	En caso de participación <u>actual</u> : Nombre de contacto _____ Cargo _____ Teléfono _____ Correo electrónico _____	

Sección 5: utilización de servicios residenciales o de hospitalización (en los últimos 2 años). Si no hay antecedentes de admisiones residenciales o de hospitalización, indique N/A. Si necesita más espacio, adjunte la descripción. Si presenta nuevamente la solicitud en los últimos 90 días, marque esta casilla si no hay cambios en la información.

Nombre del centro	Fecha de admisión	Fecha de alta (o fecha prevista de alta)



Solicitud del punto único de acceso para niños, parte 2: solicitud de remisión a ACT, CCR y RTF para jóvenes de la OMH

Información del joven solicitante			
Apellido legal	Nombre legal	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento

Sección 6: planificación del alta Si presenta nuevamente la solicitud en los últimos 90 días, marque esta casilla si no hay cambios en la información.

Escriba el plan propuesto para el alta. Incluya el entorno del alta y los servicios que pueden llegar a ser necesarios. Identifique los posibles obstáculos.

Sección 7: colaboradores en la planificación del alta. Identifique las personas, además de los padres/custodios y tutores legales, que participarán en las conversaciones sobre la planificación del alta. Si participa el DSS o una Agencia de planificación de casos de la ACS, el asistente social y el supervisor deben figurar como colaboradores en la planificación del alta. Si presenta nuevamente la solicitud en los últimos 90 días, marque esta casilla si no hay cambios en la información.

Nombre	Relación con el joven solicitante/la familia	Información de contacto (correo electrónico y número de teléfono)

Sección 8: contacto del proveedor primario para actualizaciones clínicas. Complete si no es el remitente. Si presenta nuevamente la solicitud en los últimos 90 días, marque esta casilla si no hay cambios en la información.

Nombre	Nombre de la agencia		
Número de teléfono	Número de fax		
Relación con el solicitante (proveedor de atención primaria [PCP], terapeuta, etc.)	Dirección de correo electrónico		
Firma			Fecha

Sección 9: directrices y lista de verificación de la documentación justificativa. Si presenta nuevamente la solicitud en los últimos 90 días, marque esta casilla si no hay cambios en la información.

Se debe completar y presentar la siguiente documentación junto con la parte 1 del C-SPOA y esta parte 2 de la solicitud para que la remisión se considere "completa" y se procese mediante el C-SPOA.

- Solicitud del C-SPOA, parte 1
- Consentimiento obligatorio para revelar información para el C-SPOA completado por el padre/la madre/el tutor legal
- Solicitud del C-SPOA, parte 2 (este formulario)
- Verificación de trastorno emocional grave completada por un proveedor de asistencia médica conductual autorizado, O una evaluación psiquiátrica, psicosocial o psicológica que incluya una determinación de trastorno emocional grave (SED).



Solicitud del punto único de acceso para niños, parte 2: solicitud de remisión a ACT, CCR y RTF para jóvenes de la OMH

Table with 4 columns: Apellido legal, Nombre legal, Inicial del segundo nombre, Fecha de nacimiento

Para las remisiones que se hayan iniciado en un entorno de hospitalización, se requiere un resumen actual de la hospitalización.

El resumen de la hospitalización debe tratar el curso del tratamiento desde el momento de la admisión (incluyendo el empleo de una observación más prolongada [p. ej., observación uno a uno, de 5 min]; medicamentos intramusculares contra la agitación, el comportamiento agresivo o de lesión a sí mismo; el uso de restricciones), la respuesta al tratamiento, el estado actual (p. ej., comportamiento general en la unidad, en las actividades de la vida diaria [ADL]) y la duración prevista de la hospitalización.

Para las remisiones que se hayan iniciado en un RTF, se debe presentar lo siguiente:

- Evaluación psicosocial, que incluya el curso actual del tratamiento del RTF y la respuesta al tratamiento del RTF.
Plan de tratamiento actual.

Subsección A: obligatoria únicamente para remisiones de jóvenes a ACT.

Si presenta nuevamente la solicitud en los últimos 90 días, marque esta casilla si no hay cambios en la información.

Cualquier documentación que respalde los siguientes criterios de elegibilidad para el ACT:

- El joven o la familia no se han comprometido o no han respondido adecuadamente al tratamiento en entornos más convencionales.
Uso elevado de hospitales psiquiátricos para casos agudos (dos hospitalizaciones en un año, o una hospitalización de 60 días o más en un año).
Uso elevado de servicios psiquiátricos de emergencia o para situaciones de crisis.
Síntomas graves persistentes (p. ej., problemas afectivos, psicóticos, suicidas o de control de los impulsos).
Reside o ha recibido el alta en un centro de hospitalización, en un programa de tratamiento residencial o en una CCR, o se le considera elegible para el RTF, pero se evalúa clínicamente que puede vivir en un entorno más independiente si se le prestan servicios comunitarios intensivos.
El entorno familiar o comunitario no puede ofrecer el apoyo necesario para un crecimiento apropiado desde el punto de vista del desarrollo, requerido para tratar adecuadamente las necesidades de salud mental.
Evaluación clínica que indique riesgo inmediato de necesidad de una situación de vida más restrictiva (p. ej., residencia comunitaria para menores, hospital psiquiátrico o RTF) sin servicios comunitarios intensivos.

Subsección B: obligatoria únicamente para remisiones a CCR y RTF.

Si presenta nuevamente la solicitud en los últimos 90 días, marque esta casilla si no hay cambios en la información.

Evaluación psiquiátrica

- Se debe haber sometido a una evaluación psiquiátrica completa en los últimos 12 meses, con una actualización en los últimos 90 días desde el momento de la remisión, en la que se verifique que la evaluación psiquiátrica refleja con exactitud el nivel de funcionamiento actual del joven solicitante.
La evaluación psiquiátrica puede estar firmada por el médico tratante o el enfermero de práctica avanzada.
La evaluación psiquiátrica debe tratar los siguientes aspectos:
Estado mental actual
Historial de atención y tratamientos psiquiátricos previos
Breve resumen de los medicamentos psicotrópicos anteriores y actuales, respuesta a los medicamentos, motivos de los cambios/de la interrupción, eficacia y efectos secundarios



Solicitud del punto único de acceso para niños, parte 2: solicitud de remisión a ACT, CCR y RTF para jóvenes de la OMH

Table with 4 columns: Apellido legal, Nombre legal, Inicial del segundo nombre, Fecha de nacimiento

Form containing evaluation criteria for psychosocial and psychological assessments, including bullet points for each section.



Solicitud del punto único de acceso para niños, parte 2: solicitud de remisión a ACT, CCR y RTF para jóvenes de la OMH

Table with 4 columns: Apellido legal, Nombre legal, Inicial del segundo nombre, Fecha de nacimiento

- Evaluación del lenguaje, funcionamiento socioafectivo...
Documentación del examen físico/médico
Si un CSE ha revisado al joven solicitante, adjunte lo siguiente:
Si en los dos últimos años se produjeron comportamientos de alto riesgo por conductas sexualizadas o provocación de incendios, adjunte una evaluación de los riesgos.
Si se identifican necesidades físicas/médicas crónicas/graves, adjunte toda la información pertinente

SI ES ELEGIBLE, se solicitarán los siguientes documentos para la admisión.
Indique cuáles de las siguientes opciones están disponibles
Prueba de la situación de residencia en EE. UU. mediante lo siguiente:
Copia del registro de vacunas
Copia de la tarjeta de seguro médico
Si el joven solicitante está implicado en el DSS/la ACS o si está bajo custodia del DSS/de la ACS:
Cualquier restricción al contacto familiar

Subsección C: obligatoria únicamente para remisiones a RTF.
Si se vuelve a presentar la solicitud en los últimos 90 días, marque esta casilla si no hay cambios en la información.

- Consentimiento para el proceso de revisión de la autorización del RTF de la OMH en todo el estado completado por el padre/la madre/el tutor legal
Solicitud de determinación de discapacidad infantil de Medicaid en todo el estado completado por el padre/la madre/el tutor legal



Solicitud del punto único de acceso para niños, parte 2: solicitud de remisión a ACT, CCR y RTF para jóvenes de la OMH

Información del joven solicitante			
Apellido legal	Nombre legal	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento

Sección 10: tenga en cuenta que los siguientes documentos adicionales pueden ser necesarios con el fin de determinar la elegibilidad del joven para ACT, CCR o RTF.

Si presenta nuevamente la solicitud en los últimos 90 días, marque esta casilla si no hay cambios en la información.

Indique cuáles de las siguientes opciones están disponibles si se solicitan:

- Si el joven solicitante/la familia está implicada en el DSS/la ACS o si el joven solicitante está bajo custodia del DSS/de la ACS: orden del tribunal de familia, plan de permanencia, evaluación psicosocial.
- Registros relacionados con la participación en otros sistemas de atención (p. ej., justicia juvenil, bienestar infantil, servicios para discapacitados) que aporten ejemplos de deterioro funcional en la casa y la comunidad.
- Otras evaluaciones clínicas pertinentes (psiquiátricas, psicológicas, neurológicas, de terapia ocupacional, de dependencia química, etc.).
- Resúmenes de alta de anteriores proveedores de tratamiento de hospitalización, residencial y ambulatorio.

Sección 11: declaración del remitente

Doy fe de que la información de esta solicitud refleja con exactitud el nivel de funcionamiento del joven en el momento de la solicitud.

Firma del remitente	Fecha
---------------------	-------

Nombre del remitente

Cargo

Agencia

-----Para uso exclusivo del C-SPOA-----

Fecha de recepción	Fecha en que se completó	Nombre del C-SPOA	Correo electrónico	Teléfono
--------------------	--------------------------	-------------------	--------------------	----------

¿Está documentado que los servicios menos restrictivos son insuficientes para cubrir las necesidades clínicas graves y persistentes de la persona? Sí No No lo puede determinar

Indique cualquier información adicional sobre la utilización de servicios de tratamiento y apoyo menos restrictivos por parte del joven solicitante. Incluya cualquier obstáculo que haya afrontado el joven/la familia, y cualquier recomendación, si corresponde. Si no lo sabe, indique N/A.

Solo para los solicitantes de ACT: ¿Cumple el joven solicitante los criterios de elegibilidad de ACT para jóvenes? Sí No

Solo para los solicitantes de CCR: ¿Es apto el joven solicitante para la Residencia comunitaria para menores? Sí No

Firma	Fecha
-------	-------