

Fecha: _____

**REMISIONES DE ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT (ACT, siglas en inglés)
ACTUALIZACIÓN IMPORTANTE – POR FAVOR LEA**

Assertive Community Treatment (ACT, siglas en inglés para Tratamiento Comunitario Asertivo) es uno de los servicios de salud conductual que será incluido en atención de salud administrada (*managed care*). Mainstream Managed Care Organizations (MMCO, siglas en inglés para Organizaciones de Atención de Salud Administrada Convencional) y Health and Recovery Plans (HARPs, siglas en inglés para Planes de Salud y Recuperación) operando en el condado de Monroe asumirán la administración de este servicio en el Programa de Administración de Atención de Salud de Medicaid para adultos empezando el 1º de octubre, 2016.

Al 01/10/16, todas las remisiones para los servicios de ACT para individuos inscritos en Medicaid requerirán una determinación de nivel de atención de salud y aprobación por una MMCO apropiada.

La fuente de la remisión es responsable de contactar a la MMCO para iniciar el proceso usando los siguientes pasos:

1. DETERMINAR LA ORGANIZACIÓN DE ATENCIÓN DE SALUD ADMINISTRADA

Si el individuo que se está remitiendo está cubierto por Medicaid, determine la MMCO. Por favor indique la MMCO y el número de Medicaid del individuo aquí:

MCO	
# de Medicaid	

2. CONTACTE LA ORGANIZACIÓN DE ATENCIÓN DE SALUD ADMINISTRADA

Contacte la MMCO diciendo que usted está haciendo una remisión ACT y solicitando una evaluación de nivel de atención de salud. La información de contacto para muchos planes comunes está anotada en la tabla a continuación.

3. ESPERE POR LA CONFIRMACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN DE ATENCIÓN DE SALUD ADMINISTRADA

La MMCO notificará al proveedor que hace la remisión la determinación del nivel de atención de salud dentro de 24 horas.

- Si la MMCO aprueba el nivel de atención de salud ACT, la MMCO/HARP proporciona al proveedor que remite una lista de los equipos ACT en la red (vea lista a continuación). El proveedor que remite presenta una solicitud ACT con notificación de la autorización de nivel de atención de salud de la MMCO/HARP y una lista de los equipos ACT en la red a SPOA.
- Si la MMCO no aprueba el nivel de atención ACT, la MMCO/HARP debe trabajar con el proveedor que remite y SPOA para desarrollar un plan alternativo de servicio que satisface las necesidades clínicas, de rehabilitación y recuperación del miembro.

**ORGANIZACIÓN DE ATENCIÓN ADMINISTRADA
INFORMACIÓN DE CONTACTO y LA RED**

Plan (Por favor marque uno)	Información de Contacto (última actualización 1/6/17)	¿ACT en la Red? (S/N)	
		RRH	Strong
<input type="checkbox"/> Excellus	Primario: 1-844-694-6411	S	S
<input type="checkbox"/> Fidelis	Teléfono: 1-888-FIDELIS (1-888-343-3547) – x16072	S	S
<input type="checkbox"/> MVP	Teléfono: 1-800-684-9286 BHServices@mvphealthcare.com	N	S
<input type="checkbox"/> United Health Care	Jason Ross – 1-800-548-6549 x65043 Michelle Cesare – 1-800-578-6549 x57390	N	N
<input type="checkbox"/> Molina Healthcare (Your Care)	Kristine Knoll – 1-315-928-4528 Fax – 1-866-879-4742	N	N

Nota: La lista anterior tiene los planes más comunes pero no es inclusiva. Los contactos de la MMCO cambian frecuentemente.

MARQUE AQUÍ PARA VERIFICAR QUE SE HAN HECHO LOS PASOS ANTERIORES.

Por favor entre el número de determinación de atención de salud de la MMCO en la casilla abajo:

# de determinación del nivel de atención de salud	
--	--

Las remisiones no serán procesadas por SPOA a menos que los pasos anteriores hayan sido completados.

Remisión de ACT del Condado de Monroe
Tratamiento Comunitario Asertivo

FORMULARIO DE REMISIÓN: Parte I

Los servicios ACT son para individuos de 18 años de edad o mayores, con enfermedad mental severa (La enfermedad mental severa conlleva una enfermedad cuyos síntomas implican síntomas psicóticos persistentes o alteraciones importantes del estado de ánimo de larga duración.). Los beneficiarios de ACT deben tener un diagnóstico psiquiátrico principal, no de abuso de sustancias, como diagnóstico clínico primario y han demostrado barreras para participar en tipos clínicos tradicionales de servicios de salud mental.

Los servicios son específicamente para aquellos que requieren servicios clínicos intensivos o con impedimentos funcionales significativos directamente atribuibles a su enfermedad psiquiátrica, según demostrado por al menos tres de las siguientes condiciones. Por favor marque los elementos que describen los factores de riesgo actuales del individuo.

A: Tratamiento actual ordenado por la corte, tal como Tratamiento Ambulatorio Asistido (AOT, siglas en inglés)
o Corte de Salud Mental.

B: Dificultad persistente y significativa para realizar actividades rutinarias del diario vivir, o la habilidad para realizar tales tareas solamente con apoyo intensivo de amigos o familiares. (Ejemplos de estas actividades son obtener servicios médicos, legales y de vivienda; satisfacer las necesidades nutricionales y mantener la higiene personal.)
Por favor describa:

C: Dificultad significativa y persistente para mantener el empleo o llevar a cabo los roles de ama de casa tales como preparar comidas, lavar la ropa, hacer un presupuesto y cuidado de niños.
Por favor describa:

D: Problemas significativos y persistentes para mantener una situación de vida segura.
Por favor describa:

E: Más de dos admisiones psiquiátricas durante el año pasado.

Por favor provea un historial general de hospitalización, incluyendo fechas y lugares de las hospitalizaciones más recientes:

F: Tres o más visitas a la Sala de Emergencia Psiquiátrica en el año pasado.

Por favor describa las circunstancias:

G: Síntomas psiquiátricos *principales*, tales como psicosis, perturbación afectiva significativa o tendencias suicidas intensas.

Por favor sea específico:

H: Riego alto para, o historial reciente de, involucración en la justicia criminal como resultado directo de los síntomas de su diagnóstico psiquiátrico.

Por favor sea específico:

I: Historial de ideación o gestos violentos

Por favor describa, incluyendo desencadenantes, comportamientos y conexiones significativas y persistentes a períodos de descompensación:

J: Residiendo como paciente interno o en una residencia comunitaria supervisada, pero podría vivir en una situación más independiente si se proporcionan servicios intensivos, o ellos requieren colocación residencial o como paciente interno a menos que se proporcionen servicios más intensivos.

Por favor sea específico:

Nombre: _____

5 de 10

K Dificultad documentada y persistente para usar efectivamente los servicios ambulatorios tradicionales en la oficina.

Por favor sea específico:

FORMULARIO DE REMISIÓN: Parte II

<p>1: Nombre del individuo que requiere los servicios: _____</p>	<p>4: Su nombre y su relación con la persona que necesita los servicios (por ejemplo, padre, amigo, gerente de caso):</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Relación: _____</p>
<p>2: Fecha de Nacimiento: _____</p> <p>Sexo: _____</p>	<p>5: Nombre de la agencia, si profesional de salud mental u otro proveedor de servicio: _____</p> <p>Si usted no es el proveedor de tratamiento primario, usted ha discutido esta remisión con ellos y ellos están de acuerdo: <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no, de ser no por favor explique _____</p>
<p>3: Seguro del Individuo (si alguno). <i>No se negará servicio a nadie debido a la inhabilidad para pagar: honorarios en escala móvil para individuos sin seguro.</i></p> <p>_____</p> <p># de MEDICAID: _____</p>	<p>6: Su número de teléfono: _____</p> <p>Mejor hora para llamar: _____</p>

7: Dirección actual (si no tiene hogar, indique dónde se puede localizar al individuo—tal como un albergue u otro proveedor de servicio.):

8: Teléfono actual/Número de contacto para el individuo:

9: Diagnóstico:

10: Factores de seguridad / Violencia / Riesgo actuales. Por favor incluya cualquier evaluación de riesgo que esté disponible:

11: Apoyos comunitarios actuales (familia, amigos, servicio social, agencia, empleo, etc.):

12: Preocupaciones legales:

13: Problemas médicos activos:

14: Medicamentos (si en clozapine, por favor indique la frecuencia de los exámenes de sangre y cuándo se debe hacer el próximo):

15: Experiencias de tratamiento previas, incluyendo fechas:

16: Anote cualquier necesidad de gerencia de la atención de salud inmediata:

Nombre: _____

7 de 10

Fecha remisión fue recibida por ACT: _____

De ser posible, por favor incluya documentación tal como resumen clínico, alertas, evaluaciones de riesgo, información médica, records de administración de medicamentos y resúmenes de alta recientes.

El condado de Monroe tiene tres equipos ACT – dos en Strong Behavioral Health y uno en Rochester Regional Health. Por favor marque un proveedor si tiene una preferencia.

Strong Behavioral Health

Strong Ties ACT Team
2613 West Henrietta Rd.
Rochester, NY 14623
Teléfono: 585-279-4903
Fax: 585-461-9504

Rochester Regional Health

Unity ACT Team
89 Genesee St.
Rochester, NY 14611
Teléfono: 585-368-3459
Fax: 585-368-3585

Strong Behavioral Health

Project ACT
2613 West Henrietta Rd.
Rochester, NY 14623
Teléfono: 585-279-4973
Fax: 585-461-9504

Envíe la remisión y el consentimiento firmado a:

Monroe County SPOA (siglas en inglés para Punto Único de Acceso)

Mo. Co. Office of Mental Health
1099 Jay Street, Bldg J, 3rd Flr
Rochester, NY 14611
Teléfono: 585-753-2874
585-753-2879
FAX: 585-753-2885

Monroe County Office of Mental Health (Oficina de Salud Mental del Condado de Monroe)

Permiso para usar y divulgar Información confidencial

Este formulario está diseñado para ser usado por organizaciones que colaboran unas con otras en la planificación, coordinación y prestación de servicios a personas diagnosticadas con discapacidades mentales. Permite el uso, divulgación y re-divulgación de información confidencial para propósitos de coordinación de la atención de salud, prestación de servicios, pago por los servicios y operaciones de atención de salud. Este formulario cumple con los requisitos de §33.13 de la Ley de Higiene Mental del Estado de Nueva York, regulaciones federales de privacidad de expedientes de alcohol y drogas (42 CFR Parte 2) y la ley federal que rige la privacidad de los expedientes educativos (FERPA) (20 USC 1232g). No es para el uso de información relacionada con VIH-SIDA. Aunque el mismo incluye muchos de los elementos requeridos por la 45 CFR 164.508(c), este formulario no es una "Autorización" bajo las reglas federales de HIPAA. Una "Autorización" no es requerida porque el uso y divulgación de la información de salud protegida es para propósitos de tratamiento, pago o las operaciones de atención de salud. (Vea 45 CFR 164.506.)

1) Por la presente doy permiso para usar y divulgar los expedientes de salud, salud mental, alcohol y droga y educativos según se describe a continuación.

2) La persona cuya información puede ser usada o divulgada es:

Nombre: _____ . Fecha de Nacimiento: _____

3) La información que puede ser usada o divulgada incluye (marque todas las que aplican):

- Expedientes de Salud Mental
- Expedientes de Alcohol/Drogas
- Expedientes Escolares o de Educación
- Expedientes de Salud
- Todos los expedientes anotados anteriormente

4) Esta información puede ser divulgada por:

- Cualquier persona u organización que posea la información a ser divulgada
- Las personas u organizaciones enumeradas en el Apéndice A
- Las siguientes personas u organizaciones que me proporcionan servicios:

5) Esta información puede ser divulgada a:

- Cualquier persona u organización que necesite la información para proporcionar servicio a la persona que es sujeto del expediente, pagar por esos servicios o participar en garantía de calidad u otras operaciones de atención de salud relacionadas con esa persona.
- Las personas u organizaciones enumeradas en el Apéndice A
- Las siguientes personas u organizaciones:

6) Los propósitos para los cuales esta información puede ser usada o divulgada incluyen:

- Evaluación de elegibilidad para participar en un programa apoyado por Salud Mental del Condado de Monroe;
- Prestación de servicios, incluyendo coordinación de atención de salud y gerencia de caso;
- Pago por servicios y
- Operaciones de Atención de Salud y garantía de calidad

Monroe County Office of Mental Health (Oficina de Salud Mental del Condado de Monroe)
Permiso para usar y divulgar información confidencial (continuación)

7) Entiendo que las leyes del estado de Nueva York y federales prohíben que las personas que reciben los expedientes de salud mental, abuso de alcohol o drogas y educativos re-divulguen esos expedientes sin permiso. Entiendo también que no toda organización que podría recibir un expediente es requerida que cumpla con las reglas HIPAA federales que gobiernan el uso y divulgación de información de salud protegida. **POR ÉSTA DOY PERMISO A LAS PERSONAS Y ORGANIZACIONES QUE RECIBEN EXPEDIENTES CONFORME A ESTA AUTORIZACIÓN A RE-DIVULGAR EL EXPEDIENTE Y LA INFORMACIÓN EN EL EXPEDIENTE A LAS PERSONAS U ORGANIZACIONES DESCRITAS EN EL PÁRRAFO 5 PARA LOS PROPÓSITOS PERMITIDOS EN EL PÁRRAFO 6, PERO PARA NINGÚN OTRO PROPÓSITO.**

8) Este permiso vence (marque):

En esta fecha _____

Tras el siguiente evento _____

9) Este permiso está limitado como sigue:

Permiso aplica solamente a los expedientes para el siguiente período de tiempo: _____ a _____

Otras limitaciones: _____

10) Entiendo que este permiso puede ser revocado. He recibido una Notificación de las Prácticas de Privacidad (Notice of Privacy Practices) y entiendo que si el permiso es revocado, podría no ser posible continuar participando en ciertos programas. Se me informará de tal posibilidad si deseo revocar mi permiso. Entiendo además que los expedientes divulgados antes de que este permiso sea revocado podrían no ser recuperados. Cualquier persona u organización que dependió de este permiso puede continuar usando o divulgando los expedientes y la información de salud protegida según sea necesario para terminar el trabajo empezado debido a que se otorgó el permiso.

Soy la persona cuyos expedientes serán usados o divulgados. Doy permiso para usar y divulgar mis expedientes según descrito en este documento.

Firma

Fecha

Soy el representante personal de la persona cuyos expedientes serán usados o divulgados. Mi relación es _____ . Doy permiso para usar y divulgarlos según descrito en este documento.

Firma

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Apéndice A

Este permiso para divulgar expedientes aplica a las siguientes organizaciones y personas que trabajan en esas organizaciones. Estas organizaciones trabajan juntas para prestar servicios a los residentes del condado de Monroe.

Access-VR
Action for a Better Community
Adult Protective Services
Anthony Jordan Health Center
Baden Street Settlement
Balanced Care
Beacon Health Strategies, LLC (Medicaid Managed Care Organization)
Blue Cross/Blue Shield of Western New York/Health Now (Medicaid Managed Care Organization)
Catholic Family Center
Catholic Charities Community Services
Center for Youth
Child Protective Services
Community Care of Rochester, Inc. DBA Visiting Nurse Signature Care
Community Place of Greater Rochester
Companion Care of Rochester
Compeer Rochester
Conifer Park, Inc.
Coordinated Care Services, Inc.
Correct Care Solutions
Crestwood Children's Center
Daisy Marquis Jones Women's Residence
Delphi Drug & Alcohol Services
DePaul Community Services
Department of Corrections and Community Supervision
East House Corporation
Easter Seals New York
Eldersource / Lifespan
Endeavor Counseling Services
Epilepsy-Pralid, Inc.
Excellus/Centene/Evolve Health (Medicaid Managed Care Organization)
Fidelis (Medicaid Managed Care Organization)
Finger Lakes Area Counseling and Recovery Agency (FLACRA)
Finger Lakes Developmental Disabilities Services Office (DDSO)
Gavia LifeCare Center
Greater Rochester Health Home Network (GRHHN)
Genesee County Mental Health Clinic
HCR Home Care
Health Homes of Upstate New York (HHUNY)
Helio Health, Inc.
Hickok Center
Hillside Family of Agencies
Hillside Children's Center
Huther-Doyle Memorial Institute, Inc.
Ibero-American Action League
Interim Mental Health
Jewish Family Service of Rochester
John L. Norris ATC
Liberty Resources
Lifetime Care
MC Collaborative
Mental Health Association of Rochester
Molina Healthcare
Monroe Correctional Facility
Monroe County Department of Human Services
Monroe County Jail
Monroe County Office of Mental Health
Monroe Plan for Medical Care, Inc.
MVP (Medicaid Managed Care Organization)
National Alliance on Mental Illness (NAMI)
New York Care Coordination Program, Inc.
NY Connects
Office of Addiction Services and Supports (OASAS)
Office of People with Developmental Disabilities (OPWDD)
OnTrack NY
NYS Office of Mental Health
Pathways Methadone Maintenance Treatment Program
Pathway Houses of Rochester
Prime Care (effective 1/14/18 formally known as Correct Care Solutions)
Puerto Rican Youth Development
Recovery Options Made Easy (ROME)
Rehabilitation Counseling & Assessment Services, LLC.
Rochester/Monroe Recovery Network
Rochester Regional Health
Rochester Psychiatric Center
Rochester Rehabilitation Center
Spectrum Health and Human Services
Steven Schwarzkopf Community Mental Health Center
The Healing Connection, Inc.
Threshold Center
Trillium Health
United Health Care (Medicaid Managed Care Organization)
University of Rochester/Strong Memorial Hospital
Urban League of Rochester
YWCA Supportive Living Program
Venture For the, Inc.
Veteran's Administration
Veteran's Outreach Center
Villa of Hope
Westfall Associates