



Formulario de referencia de Apoyos comunitarios de CalAIM

Nombre del miembro: _____ **Número de CIN:** _____

Nota: El miembro debe ser elegible para CalOptima Health.

Paso 1: Llene toda la información correspondiente a continuación y proceda con los pasos 2 y 3. Necesita llenar los espacios marcados con signo de asterisco*.

Información de la referencia:

Fecha de la referencia*:	_____	Referido por*:	_____
Agencia o relación con el miembro*:	_____		
NPI del proveedor que hace la referencia (si corresponde):	_____		
Teléfono*:	_____	Fax:	_____
		Correo electrónico*:	_____

Información del miembro:

Nombre del miembro*:	_____	CIN*:	_____
Fecha de nacimiento del miembro*:	_____	Médico general:	_____
Teléfono:	_____	Correo electrónico:	_____
Idioma preferido del miembro:	_____	¿El miembro está actualmente en el hospital?	_____

Paso 2: Marque las casillas de los Apoyos comunitarios que el miembro está interesado en recibir. Las siguientes páginas brindan información adicional de elegibilidad sobre los Apoyos comunitarios. **Marque todas las casillas requeridas antes de enviar el formulario.**

Paso 3: Envíe por fax o correo el formulario de referencia completo y los documentos de respaldo a CalOptima Health.

Información de contacto del plan de salud de Apoyos comunitarios de CalOptima Health

Plan de salud	Número de teléfono de Servicios para Miembros	Envío de referencia	Dirección postal
CalOptima Health Direct y planes de salud	1-888-587-8088	Fax: 1-714-338-3145	CalOptima Health Attn: LTSS CalAIM P.O. Box 11033 Orange, CA 92856

Servicios de vivienda

<input type="checkbox"/>	<p>Servicios de orientación para transición de vivienda</p> <p>Ayuda a los miembros a obtener vivienda y prepararse para la mudanza.</p>	<p>Seleccione la <u>opción</u> que corresponda:</p> <p><input type="checkbox"/> El miembro no tiene vivienda</p> <p align="center"><u>O</u></p> <p><input type="checkbox"/> El miembro está en riesgo de quedarse sin hogar y tiene importantes obstáculos para acceder a la vivienda.</p> <p align="center"><u>O</u></p> <p><input type="checkbox"/> El miembro tiene prioridad para vivienda de apoyo permanente o para un subsidio de arrendamiento por medio del Sistema de Entrada Coordinada (CES) del Condado de Orange.</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Depósito para vivienda</p> <p>Identifica, coordina y financia los gastos de mudanza y los servicios de vivienda básica, sin incluir alojamiento ni alimentos. Los miembros deben recibir los Servicios de orientación para transición de vivienda.</p>	<p>Seleccione todas las opciones que correspondan:</p> <p><input type="checkbox"/> El miembro no tiene vivienda o está en riesgo de quedarse sin vivienda.</p> <p><input type="checkbox"/> El miembro está recibiendo Servicios de orientación para transición de vivienda.</p> <p align="center">Ingrese el nombre del proveedor de servicios de orientación de vivienda: _____</p> <p align="center"><i>(Se solicitará documentación adicional a este proveedor.)</i></p> <p><input type="checkbox"/> El miembro tiene prioridad para vivienda de apoyo permanente o para un subsidio de arrendamiento por medio del Sistema de Entrada Coordinada (CES) del Condado de Orange.</p> <p>¿Recibió este servicio antes? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/></p>
<input type="checkbox"/>	<p>Servicios de mantenimiento y arrendamiento de vivienda</p> <p>Proporciona educación, capacitación y apoyo para conservar un arrendamiento seguro y estable una vez que se consigue la vivienda.</p>	<p>Seleccione todas las opciones que correspondan:</p> <p><input type="checkbox"/> El miembro no tiene vivienda</p> <p><input type="checkbox"/> El miembro está recibiendo Servicios de orientación para transición de vivienda.</p> <p align="center">Ingrese el nombre del proveedor de servicios de orientación de vivienda: _____</p> <p align="center"><i>(Se solicitará documentación adicional a este proveedor.)</i></p> <p><input type="checkbox"/> El miembro tiene prioridad para vivienda de apoyo permanente o para un subsidio de arrendamiento por medio del Sistema de Entrada Coordinada (CES) del Condado de Orange.</p> <p>¿Recibió este servicio antes? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/></p>

<input type="checkbox"/>	<p>Habilitación diurna</p> <p>Apoya a los miembros con sus habilidades de autoayuda, socialización y adaptación necesarias para permanecer en su entorno natural.</p>	<p>Seleccione la <u>opción</u> que corresponda:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> El miembro no tiene vivienda. <input type="checkbox"/> El miembro está en riesgo de quedarse sin vivienda o de ser internado. <input type="checkbox"/> El miembro dejó de ser una persona sin vivienda e ingresó a una vivienda en los últimos 24 meses.
--------------------------	--	--

Servicios prestados para el ingreso en un centro de atención aguda o en un centro de enfermería

<input type="checkbox"/>	<p>Atención de recuperación</p> <p>Proporciona atención residencial a corto plazo para personas que ya no requieren hospitalización, pero que aún necesitan curarse de una lesión, enfermedad o condición de salud mental.</p>	<p>Seleccione la <u>opción</u> que corresponda:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> El miembro no tiene vivienda o está en riesgo de quedarse sin vivienda. <input type="checkbox"/> El miembro está en riesgo de hospitalización o después de la hospitalización. <input type="checkbox"/> El miembro vive solo sin apoyos formales. <p><i><u>Adjunte el Formulario de referencia de atención de recuperación o de alojamiento a corto plazo después de una hospitalización (Short-Term Post-Hospitalization Housing, STPHH).</u></i></p>
--------------------------	---	--

<input type="checkbox"/>	<p>Alojamiento a corto plazo después de una hospitalización (STPHH)</p> <p>Ayuda a los miembros con sus necesidades médicas o de salud conductual importantes mediante el alojamiento a corto plazo después de salir del hospital o de un centro de recuperación o de atención de recuperación, u otro centro calificado.</p>	<p>Seleccione todas las opciones que correspondan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> El miembro no tiene vivienda o está en riesgo de quedarse sin vivienda. <p align="center"><u>Y</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> El miembro se encuentra en atención de recuperación, hospitalizado, en un centro residencial de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias, en un centro residencial de tratamiento para la salud mental, en un centro penitenciario o en un centro de enfermería. <p><i><u>Adjunte el Formulario de referencia de atención de recuperación o de alojamiento a corto plazo después de una hospitalización (Short-Term Post-Hospitalization Housing, STPHH).</u></i></p>
--------------------------	--	--

<input type="checkbox"/>	<p>Servicio de Transición Comunitaria</p> <p>Proporciona la transición de un centro de enfermería a un hogar.</p>	<p>Revise los siguientes criterios de elegibilidad:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Recibe actualmente servicios de nivel de atención (Level of Care, LOC) de un centro de enfermería médicamente necesarios y, en lugar de permanecer en el centro de enfermería o en un entorno de relevo médico, elige hacer la transición al hogar y continuar recibiendo los servicios de LOC de un centro de enfermería médicamente necesarios; y 2. Ha vivido más de 60 días en un hogar para personas mayores o en un entorno de relevo médico; y
--------------------------	--	--

		<p>3. Está interesado en regresar a la comunidad; y</p> <p>4. Puede residir con seguridad en la comunidad con apoyos y servicios adecuados y rentables.</p> <p>El miembro cumple con TODOS los criterios de esta sección para calificar: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>¿Recibió este servicio antes? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/></p>
<input type="checkbox"/>	<p>A. <u>Transición</u> de un centro de enfermería a un centro de vivienda asistida</p> <p>Transición de miembros de un centro de enfermería a un centro de atención residencial para personas mayores o a un centro residencial para adultos.</p>	<p>Revise los siguientes criterios de elegibilidad:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ha residido más de 60 días en un centro de enfermería; y 2. Está dispuesto a vivir en un entorno de vivienda asistida como alternativa a un centro de enfermería; y 3. Puede residir con seguridad en un centro de vivienda asistida con apoyos y servicios adecuados y rentables. <p>El miembro cumple con TODOS los criterios de esta sección para calificar: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>¿Recibió este servicio antes? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/></p>
Servicios proporcionados en el hogar		
<input type="checkbox"/>	<p>B. <u>Derivación</u> de un centro de enfermería a un centro de vivienda asistida</p> <p>Los miembros en transición que, sin este apoyo, necesitarían residir en un centro de enfermería y, en cambio, los trasladan a un centro de atención residencial para personas mayores o centro residencial para adultos.</p>	<p>Revise los siguientes criterios de elegibilidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Está interesado en permanecer en la comunidad; y <input type="checkbox"/> Desea y puede residir con seguridad en un centro de vivienda asistida con apoyos y servicios adecuados y rentables; y <input type="checkbox"/> Debe estar recibiendo actualmente los servicios de LOC de un centro de enfermería médicamente necesarios o cumplir con los criterios mínimos para recibir esos servicios en un centro de vivienda asistida. <p>El miembro cumple con TODOS los criterios de esta sección para calificar: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>¿Recibió este servicio antes? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/></p>
<input type="checkbox"/>	<p>Servicios de cuidado personal y de trabajo doméstico</p> <p>Se proporcionan a los miembros que necesitan ayuda con las actividades de la vida diaria (activities of daily living, ADL), con el cuidado personal y con los servicios de trabajo doméstico.</p>	<p>Seleccione todas las opciones que correspondan:</p> <p>El miembro está en riesgo de hospitalización o de ser internado en un centro de enfermería.</p> <p>El miembro tiene deficiencias funcionales y no tiene un sistema de apoyo adecuado.</p> <p style="text-align: center;">Y</p> <p>Seleccione la <u>opción</u> que corresponda:</p> <p>El miembro está aprobado para servicios de apoyo en el hogar (In-Home Supportive Services, IHSS) e hizo una solicitud de aumento de horas que aún está pendiente.</p>

		<p>El miembro solicitó los IHSS y está esperando que se complete la evaluación.</p> <p>¿Algún miembro de la familia o amigo está interesado en convertirse en cuidador?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/></p>		
<input type="checkbox"/>	<p>Servicios de relevo:</p> <p>Se proporciona relevo a los cuidadores de los miembros que requieren una supervisión temporal intermitente. Este servicio es distinto del relevo médico o la atención recuperativa y proporciona descanso únicamente al cuidador.</p> <p>El límite es 336 horas al año.</p>	<p>Responda todas las secciones a continuación:</p> <p>Los servicios de relevo en el hogar se brindan al miembro en su propio hogar o en otro lugar que se utilice como hogar.</p> <p><input type="checkbox"/> Depende de un cuidador cualificado y, sin él, el miembro tendría que estar en un centro de enfermería.</p> <p>El miembro tiene fechas y horarios específicos para necesitar un cuidador de relevo:</p> <p>Fechas: _____</p> <p>Horarios: _____</p> <p>El miembro tiene otros servicios que proporciona un cuidador:</p> <p><input type="checkbox"/> Servicios de Apoyo en el Hogar (In-Home Supportive Services, IHSS)</p> <p><input type="checkbox"/> Servicios Comunitarios para Adultos (Community-Based Adult Services, CBAS)</p> <p><input type="checkbox"/> Centro regional</p> <p><input type="checkbox"/> Cuidador privado</p> <p><input type="checkbox"/> No aplica</p> <p>¿El miembro necesita servicios de un cuidador inmediatos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>		
Servicios proporcionados en el hogar				
<input type="checkbox"/>	<p>Comidas médicamente personalizadas y/o terapia nutricional médica</p> <p>Se proporcionan comidas personalizadas desde el punto de vista médico a los miembros en sus casas después de salir del hospital, de un hogar para personas mayores o cuando sea médicamente necesario.</p>	<p>Seleccione todas las opciones que correspondan:</p> <p>El miembro se encuentra actualmente en el hospital o centro de enfermería y las comidas médicamente personalizadas son parte del plan de alta. <i>(Esto activará una solicitud acelerada.)</i></p> <p>El miembro debe tener <u>1</u> de las siguientes afecciones médicas:</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top; width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Enfermedad auto inmune <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Problemas cardiovasculares <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF) </td> <td style="vertical-align: top; width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Alergia alimentaria grave documentada (por ejemplo: enfermedad celiaca, alergia a los cacahuates, etc.) <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática en etapa terminal <input type="checkbox"/> Colesterol alto </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Enfermedad auto inmune <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Problemas cardiovasculares <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF)	<input type="checkbox"/> Alergia alimentaria grave documentada (por ejemplo: enfermedad celiaca, alergia a los cacahuates, etc.) <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática en etapa terminal <input type="checkbox"/> Colesterol alto
<input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Enfermedad auto inmune <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Problemas cardiovasculares <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF)	<input type="checkbox"/> Alergia alimentaria grave documentada (por ejemplo: enfermedad celiaca, alergia a los cacahuates, etc.) <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática en etapa terminal <input type="checkbox"/> Colesterol alto			

	<input type="checkbox"/> Problemas de salud del comportamiento o de discapacidad mental crónicos <input type="checkbox"/> Enfermedad renal crónica (CKD) <input type="checkbox"/> Problemas pulmonares crónicos <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) <input type="checkbox"/> Prediabetes, diabetes, o diabetes gestacional <input type="checkbox"/> Dificultad para masticar alimentos (por ejemplo: mandíbula inmovilizada con alambres)	<input type="checkbox"/> Afecciones perinatales de alto riesgo <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Enfermedad intestinal inflamatoria <input type="checkbox"/> Trastorno neurocognitivo mayor <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> Artritis por purinas (gota) <input type="checkbox"/> Derrame cerebral <input type="checkbox"/> Otro (proporcione una explicación): <hr/> <hr/>
<u>O</u>		
<p>El miembro debe cumplir con <u>1</u> de los siguientes criterios de utilización:</p> <input type="checkbox"/> El miembro fue dado de alta del hospital recientemente o de un centro de enfermería especializada. <input type="checkbox"/> El miembro tiene un alto riesgo de hospitalización o de ingreso en un centro de enfermería. <input type="checkbox"/> El miembro tiene amplias necesidades de coordinación de la atención. Si respondió “Sí”, descríbalas: <hr/> ¿El miembro tiene una dieta especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió “Sí”, descríbala: <hr/> <input type="checkbox"/> El miembro recibe otros servicios de entrega de comidas de programas administrados con fondos locales, estatales o federales. ¿Tiene un refrigerador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tiene una forma segura de recalentar las comidas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Servicios proporcionados en el hogar

<input type="checkbox"/>	<p>Adaptaciones de accesibilidad ambiental</p> <p>Se proporcionan adaptaciones físicas a un hogar que son necesarias para garantizar la salud, el bienestar y la seguridad de los miembros, o que permiten que los miembros permanezcan en su hogar.</p>	<p>¿Solicita de un Sistema personal de respuesta a emergencias (Personal Emergency Response System, PERS)? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Seleccione todas las opciones que correspondan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> El miembro está en riesgo de ser internado en un centro de enfermería <p align="center"><u>Y</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> El miembro ha hablado de la necesidad de una modificación en el hogar con su médico general. <input type="checkbox"/> El médico general documentó la necesidad médica de este servicio y proporcionará la documentación si se solicita. <p>¿Recibió este servicio antes? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/></p>
<input type="checkbox"/>	<p>Remediaciones para el asma:</p> <p>Se da información a los miembros sobre las medidas que se deben tomar en el hogar para mitigar las exposiciones ambientales que podrían desencadenar síntomas de asma y proporciona el equipo necesario.</p>	<p>Seleccione todas las opciones que correspondan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> El miembro tuvo una consulta en el departamento de emergencias u hospitalización en los últimos 12 meses. <input type="checkbox"/> El miembro tuvo dos consultas de atención urgente o por enfermedad en los últimos 12 meses. <input type="checkbox"/> El miembro tiene una puntuación de 19 o menos en la prueba de control del asma. <p align="center"><u>Y</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> El médico general documentó la necesidad médica de este servicio y proporcionará la documentación si se solicita. <p>¿Recibió este servicio antes? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/></p>