

Nombre: _____

Fecha: _____

Remisión de ACT del Condado de Monroe

Tratamiento Comunitario Asertivo

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 forenses de ACT atenderán a adultos involucrados en la justicia con trastornos mentales graves. Además de cumplir con las pautas de la LEY del Estado de Nueva York se requerirá que todas las referencias tengan un historial de participación en el sistema de justicia penal, que se define como uno o más de los siguientes:

- Involucrado en el Tribunal de Salud Mental
- Involucrado o pendiente de involucrarse en libertad condicional o libertad condicional
- Liberado de la cárcel o prisión dentro de un año de la remisión
- Bajo arresto y en espera de procedimientos judiciales.
- Encarcelado y en espera de liberación
- Involucrado en el programa de desviación previa al juicio

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:

Nombre: _____

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: _____

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

Por favor sea específico:

<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): Nombre: _____ Relación: _____</p>
<p>2: Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____</p>	<p>5: Nombre de la agencia, si profesional de salud mental u otro proveedor de servicio: _____ Si usted no es el proveedor de tratamiento primario, usted ha discutido esta remisión con ellos y ellos están de acuerdo: sí 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> _____ # de MEDICAID: _____</p>	<p>6: Su número de teléfono: _____ Mejor hora para llamar: _____</p>

Nombre: _____

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: _____

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 cuatro equipos ACT: tres en Strong Behavioral Health y uno en Rochester Regional Health. Consulte con un proveedor si tiene alguna preferencia.

Strong Behavioral Health

Strong Ties ACT Team
2613 West Henrietta Rd.
Rochester, NY 14623
Telephone: 585-279-4900
Fax: 585-461-9504

Rochester Regional Health

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

Strong Behavioral Health

Project ACT
2613 West Henrietta Rd.
Rochester, NY 14623
Telephone: 585-279-4900
Fax: 585-461-9504

Strong Behavioral Health/ Forensic ACT

Project FACT
2613 West Henrietta Rd.
Rochester, NY 14623
585-273-4900
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
lbabbitt@monroecounty.gov
Teléfono: 585-753-2874
585-753-2879
FAX: 585-753-2885

Nombre: _____

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

Nombre: _____

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