



Health Homes of Upstate New York

Chautauqua County Department of Mental Hygiene — Huther Doyle Memorial Institute
New York Care Coordination Program — Onondaga Case Management Services

HEALTH HOMES OF UPSTATE NEW YORK – FINGER LAKES

COMMUNITY REFERRAL FOR HEALTH HOME CARE MANAGEMENT SERVICES

Health Homes of Upstate New York – Finger Lakes (HHUNY- Finger Lakes) acepta referencias de las comunidad (organizaciones de comunidad, los individuos y/o los miembros del la familia) para la inscripcion de las personas elegibles en las Salud de HHUNY Health Home Servicios. Los individuos deben cumplir con todos los requisitos de elegibilidad para ser considerados para la inscripcion.

HHUNY Gestion Central de Cuidado de Casa De Salud Atiende a Elegibilidad

1. El individuo tiene actualmente Medicaid activo; Y
2. El individuo reside en uno de los Condados siguientes: Genesee, Livingston, Monroe, Ontario, Orleans, Schuyler, Seneca, Steuben, Wayne, o Yates; Y
3. El individuo encuentra el NYS DOH, los criterios de elegibilidad de: dos condiciones cronicas, o las VIH/SIDA y el riesgo de desarrollar otra condicion cronica o, uno o mas enfermedades mentales graves; Y
4. El individuo tiene factores significativos, conductistas, médicos o sociales de riesgo que pueden ser dirigidos por gestión de cuidado.

Como Hacer una Referencia a HHUNY

1. Complete el Formulario de solicitud conectado de Referencia de Comunidad, inclusive tanto detalle como posible permitir HHUNY para verificar elegibilidad para la salud servicios en casa.
2. Conectado un Firmado “Consentimiento a la Revelacion de Informacion de Salud” Forma
3. Envie las Aplicacion y el Consentimiento completados a traves de correo electronico o fax seguros, o del correo a:

HHUNY:	La Referencia de la Comunidad
Correo Electronico:	TMarchese@hhuny.org
El Fax:	585-613-7670
El Correo:	Community Referral Coordinator New York Care Coordination Program/ Health Homes of Upstate New York 1099 Jay Street, Bldg. J Rochester, NY 14611

Los individuos aprobados serán asignados a una Agencia de la Gestión del Cuidado que realizará alcance y tentativa para comprometer a la persona en la salud en casa servicios. La salud servicios que en casa son voluntarios y el individuo será pedido consentir durante el proceso de alcance y compromiso.

Si tiene preguntas con respecto a la terminación o el estatus de esta aplicación, por favor pongase en contacto con: El Representante de la Referencia de la Comunidad de HHUNY en 585-613-7642

HHUNY también proporciona la Salud Servicios de Casas en los condados de Allegany, de Cayuga, de Chautauqua, de Chemung, de Cortland, de Erie, de Madison, de Onondaga, de Oswego, de Tompkins, y de Tioga. Contacte por favor al Representante de Referencia de Comunidad para hacer una referencia para servicios en cualquiera de estos condados.

La Casa de la Salud de HHUNY Cuida Gestion – Aplicacion de Referencia de Comunidad

Identificar

Nombre:	La Fecha de Nacimiento:	El Genero:
La Direccion:	Medicaid CIN #:	
	Medicaid Manejo Nombre de Organizacion de Cuidado:	
	El Condado de Residencia:	
El Telefono:	Celular:	
Indicar cualquier necesidad de lenguaje e interpretaci3n: especificar idioma hablado si aparte del ingles:		

La Infomacion de la Categoria de la elegibilidad – Verifica todo que aplica

Debe encontrar o UNA unico o B solo o dos C para tener derecho:

Cheque:		Categoria:	Cheque especifica diagnostico; proporcione disponible detalla:
	A	Mentales Graves de enfermedad	
	B	VIH/SIDA & el riesgo de desarrollar otra condicion	
	C	Enfermedad mentales	
	C	Abuso de Sustancia	
	C	Asma	
	C	Cronica de las Diabetes	
	C	Salud Enfermedad Cardiaca	
	C	BMI > 25	
	C	Otras Condiciones de Cronico (especifique)	

Factores de riesgo: Marque todas las que apliquen:

Cheque:	Detalle de Categoría:	Detalle indicando como referencia cumple con el factor de riesgo
	Probable riesgo de eventos adversos, por ejemplo muerte o incapacidad, hospitalización o ingreso del hogar de ancianos	
	Falta de o apoyo social/familiar/vivienda inadecuada	
	Inadecuada conectividad con el sistema de cuidado de la salud o falta de	
	No-adherencia a tratamientos o medicamentos (s) o dificultad para manejar los medicamentos	
	Reciente liberación del encarcelamiento	
	Reciente liberación de hospitalización psiquiátrica	
	Déficits en las actividades cotidianas como vestirse, comer, etc..	
	Problemas de aprendizaje o cognición	

La Narrativa

Proporcionar cualquier información adicional que puede ser útil en la asignación a una agencia de gestión de la atención:

--

Especifique la Agencia de gestión de cuidado preferido o recomendada, si alguna: _____

Información de contacto de la persona que llene el referido:

El Nombre:	El Titulo:
La Organizacion:	
El Telefono:	Correo electronico:

PERMISO PARA USAR Y REVELAR LA INFORMACION CONFIDENCIAL

Al firmar este Formulario de Consentimiento, usted permite a personas involucradas en su cuidado para compartir su información de salud para que sus médicos y otros proveedores pueden tener una imagen completa de su salud y ayudar a mejorar la atención. Sus registros de salud proporcionan información sobre sus enfermedades, lesiones, medicamentos o prueba de resultados. los registros pueden incluir información confidencial, como información sobre el VIH estado, registros de salud mental, los registros de salud reproductiva, drogas y alcohol tratamiento e información genética.

Si usted permite divulgación, sólo se utilizará su información de salud para proporcionarle tratamiento médico y salud relacionada y servicios sociales. Esto incluye la remisión de un proveedor a otro, consulta con respecto a la atención, la prestación de servicios de salud y la coordinación de atención entre los proveedores. Su información médica puede ser re divulgada sólo lo permitido por las leyes federales, estatales y regulaciones. Estas leyes limitan re-divulgación de información sobre su tratamiento en un abuso de sustancias o programa de salud mental, VIH relacionadas con información, registros genéticos y registros de enfermedades de transmisión sexual.

Su elección para dar o negar el consentimiento a revelar hyour salud información no será la base para la negación de servicios de salud o seguro de salud. Usted puede retirar su consentimiento en cualquier momento por firmar un formulario de retiro de consentimiento y dárselo a uno de los proveedores enumerados en el anexo A. Pero quien recibe la información mientras que su consentimiento es en efecto mi retenerlo. Incluso si retira su consentimiento, no están obligados a devolver su información o retirarlo de sus registros.

Usted tiene derecho a obtener una copia de este formulario de consentimiento después de firmarlo.

La información que puede ser revelada incluyó todos los registros de diagnóstico y tratamiento médico y todos los registros de educación incluyendo, sin limitarse a: registros de Salud Mental, excepto que no se permite la divulgación de notas de psicoterapia; registros de tratamiento de abuso de sustancias; Relacionados con el VIH información; información genética, información sobre enfermedades de transmisión sexual; y archivos de educación.

Consentimiento para divulgación de información médica

1. La persona cuya información puede ser usada o divulgada es:

Nombre: _____.

La fecha de Nacimiento: _____.

2. La información que puede ser revelada incluyó todos los registros de diagnóstico y tratamiento médico y todos los registros de educación incluyendo, sin limitarse a: registros de Salud Mental, excepto que no se permite la divulgación de notas de psicoterapia; registros de tratamiento de abuso de sustancias; Relacionados con el VIH información; información genética, información sobre enfermedades de transmisión sexual; y archivos de educación.
3. Esta información puede ser revelada a las persona u organizacion enumerados en el archivo Adunto A.
4. Esta información puede ser revelada por ninguna persona o organización que mantenga un registro que describe a continuacion, incluyendo aquellos enumerados en el archive adjunto A.
5. Utilice y la revelación de esta información es permitida sólo como sea necesario para los fines de la provisión de entrega de la salud y servicios sociales, inclusive alcance, atiende a la planificación, las referencias, coordinación de cuidado, cuidado directo, y vigilando de la calidad de servicio.
6. Este permiso expira en _____ (la fecha).
7. Comprendo que este permiso puede ser revocado. Yo también comprendo que registros revelaron antes que este permiso sea revocado no puede ser recuperado. Cualquier persona o la organización que dependieron de este permiso pueden continuar utilizar o revelar que información de salud como necesitó para completar tratamiento.

Soy la persona cuyos registros serán utilizados o serán revelado, o ese representante personal de individuo. (Si representante personal, entra por favor la relación _____.)

Doy permiso a utilizar y revelar mis registros como descrito en este documento.

Fecha de Firma de _____

EL CONSENTIMIENTO PARA REVELAR REGISTROS DE SALUD – FIJACION UN HHUNY INFORMACIÓN FINGER LAKES

De Salud puede ser revelada para propósitos de tratamiento a las personas y organizaciones listó abajo:

- Arbor Housing and Development
- Baden Street Settlement
- Catholic Charities Community Services
- Catholic Family Center
- Companion Care of Rochester
- Coordinated Care Services, Inc.
- Delphi Drug & Alcohol Services
- DePaul Community Services
- East House Corporation
- Elmira Psychiatric Center
- Epilepsy-Pralid, Inc.
- Excellus Health Plans
- Finger Lakes Community Health
- Finger Lakes Addiction Counseling & Referral Agency
- Genesee County Mental Health Services
- HealthNow New York, Inc.
- Hillside Family of Agencies
- Huther-Doyle Memorial Institute, Inc.
- Ibero-American Action League
- John D. Kelly Behavioral Health Center
- L. Woerner dba HCR
- Lakeview Health Services
- Life Span of Greater Rochester
- Livingston County Mental Health Services
- Monroe County Office of Mental Health
- Monroe Plan for Medical Care
- MVP Health Care
- New York Care Coordination Program, Inc.
- New York State Catholic Health Plan dba Fidelis Care New York
- New York State Office of Mental Health
- New York State Office of Alcohol and Substance Abuse Services
- Ontario County Department of Mental Health
- Orleans County Department of Mental Health
- Rochester General Health System
- Rochester Psychiatric Center
- Rochester Rehabilitation Center
- Schuyler County Community Services
- St. Joseph's Villa – Villa of Hope
- Steuben County Community Mental Health Services
- The Community Place of Greater Rochester, Inc.
- Trillium Health, Inc.
- United Healthcare
- University of Rochester/Strong Memorial Hospital
- Venture Forthe, Inc.
- Wayne ARC
- Wayne County - Wayne Behavioral Health Network
- Western New York Independent Living, Inc.
- Yates County Department of Community Services