

فرم ارجاع CalAIM برای مدیریت مراقبت افزوده (ECM)

نام عضو: _____ شماره عضویت CIN: _____

Note: عضو باید از نظر Health CalOptima واجد شرایط باشد.
مرحله 1: لطفاً اطلاعات مورد نیاز را در فرم وارد کنید و سپس مراحل 2 و 3 را انجام دهید.

اطلاعات ارجاع:

تاریخ ارجاع: _____ ارجاع شده توسط: _____

سازمان یا نسبت با عضو: _____

شناسه ارائه دهنده ملی (NPI) ارجاع دهنده (در صورت وجود): _____

تلفن: _____ فکس: _____ ایمیل: _____

اطلاعات عضو:

نام عضو: _____ شماره عضویت CIN: _____

تاریخ تولد عضو: _____ پزشک مراقبتهای اصلی: _____

تلفن عضو: _____ ایمیل عضو: _____

زبان ترجیحی عضو: _____

عضو با ارجاع برای خدمات CalAIM ECM موافقت کرد: بله خیر

مرحله 2: همه شرایطی که برای شما صدق میکنند را بررسی کنید. لطفاً تمام چک باکس های مورد نیاز را تکمیل کنید و هر گونه اسناد لازم پشتیبانی را قبل از ارسال پیوست کنید.

مرحله 3: اگر عضو به شبکه بهداشتی دیگری غیر از Kaiser Permanente تعلق دارد، فرم ارجاع تکمیل شده و مدارک پشتیبانی را به CalOptima Health ارسال کنید. همه ارجاعات Kaiser Permanente را مستقیماً از طریق فکس، ایمیل یا پست به Kaiser Permanente ارسال کنید.

اطلاعات برای تماس با مدیریت مراقبتهای پیشرفته شبکه بهداشت CalOptima Health

آدرس پستی:	ارائه ارجاع	خدمات مشتریان شماره تلفن (برای اعضا)	شبکه های درمانی
CalOptima Health Attn: LTSS CalAIM P.O. Box 11033 Orange, CA 92856	فکس: 1-714-338-3145	1-888-587-8088	CalOptima Health Direct و شبکه های بهداشت (به جز Kaiser Permanente)
Kaiser Permanente Attention: Medi-Cal and State Programs (Second Floor)	Secure email: RegCareCoordCaseMgmt @kp.org	1-866-551-9619	Kaiser Permanente

معیارهای واجد شرایط شدن عضو	بزرگسالان 18 سال به بالا	
<p>یک گزینه که در مورد عضو صدق میکند را انتخاب کنید:</p> <p><input type="checkbox"/> بی خانمانی یا بی خانمانی مزمن (طولانی مدت)</p> <p><input type="checkbox"/> در معرض خطر بی خانمانی (در 30 روز آینده)</p> <p><input type="checkbox"/> فرار از خشونت خانگی</p> <p>و</p> <p>یک گزینه که در مورد عضو صدق میکند را انتخاب کنید:</p> <p><input type="checkbox"/> مشکلات پزشکی جدی</p> <p><input type="checkbox"/> مشکلات روانی جدی</p> <p><input type="checkbox"/> اختلال جدی رشد و تکامل</p>	<p>1. تجربه کردن یا در معرض خطر بی خانمانی بودن</p>	<input type="checkbox"/>
<p>یک گزینه که در مورد عضو صدق میکند را انتخاب کنید:</p> <p><input type="checkbox"/> مراجعه به اورژانس (ER) در 6 ماه گذشته، 5 بار یا بیشتر، یا</p> <p><input type="checkbox"/> بستری ناگهانی در بیمارستان در 6 ماه گذشته، 3 بار یا بیشتر، یا</p> <p><input type="checkbox"/> بستری کوتاه مدت در مراکز پرستاری تخصصی در 6 ماه گذشته، 3 بار یا بیشتر</p>	<p>2. در معرض ریسک استفاده از بیمارستان یا بخش اورژانس در شرایط قابل اجتناب</p>	<input type="checkbox"/>
<p>همه مواردی که در مورد عضو صدق میکنند را انتخاب کنید:</p> <p><input type="checkbox"/> مشکلات سلامت روانی جدی و/یا</p> <p><input type="checkbox"/> اعتیاد (SUD) اختلال مصرف مواد</p> <p>و</p> <p><input type="checkbox"/> تجربه حداقل یک عامل پیچیده اجتماعی در زمان حال، که بر سلامت آنها تأثیر می گذارد (به عنوان مثال، عدم دسترسی به غذا، مسکن ثابت، ناتوانی در کار یا مشارکت در اجتماع، سابقه تجارب نامطلوب دوران کودکی (ACEs)، بی سرپرستی در دوران نوجوانی، سابقه مشکل و برخورد اخیر با مأمور قانون مرتبط به علت مشکلات روانی و/یا علائم مصرف مواد یا رفتارهای مرتبط)</p> <p>و</p> <p>یک گزینه که در مورد عضو صدق میکند را انتخاب کنید:</p> <p><input type="checkbox"/> خطر بالای بستری در آسایشگاه روانپزشکی، یا</p> <p><input type="checkbox"/> استفاده از خدمات بحران فوری، مراقبتهای فوری، اورژانس، بیمارستان به عنوان تنها منبع مراقبت درمانی، یا</p> <p><input type="checkbox"/> 2 مرتبه یا بیشتر بستری شدن به علت اعتیاد یا مسمومیت ناشی از مواد مخدر (overdose) در بیمارستان یا اورژانس در 12 ماه گذشته، یا</p> <p><input type="checkbox"/> 2 مرتبه یا بیشتر بستری شدن به علت مشکلات روانی جدی در بیمارستان یا اورژانس در 12 ماه گذشته، یا</p> <p><input type="checkbox"/> خطر بالای خودکشی یا مسمومیت با مواد مخدر (overdose)، یا</p> <p><input type="checkbox"/> بارداری یا مراقبت پس از زایمان (12 ماه پس از زایمان)</p>	<p>3. بیماریهای روانی جدی یا اعتیاد (SUD)</p>	<input type="checkbox"/>

<p><input type="checkbox"/> یک گزینه که در مورد عضو صدق میکند را انتخاب کنید:</p> <p><input type="checkbox"/> بزرگسالانی که در جامعه زندگی می کنند و معیارهای لازم برای مراقبت در مرکز پرستاری ماهر (SNF) را دارند، یا</p> <p><input type="checkbox"/> نیاز به پرستاری با مهارت کمتر، مانند خدمات پزشکی و پرستاری محدود و/یا متناوب، پشتیبانی، و/یا تجهیزات برای پیشگیری، تشخیص یا درمان بیماری یا آسیب حاد .</p> <p style="text-align: center;">و</p> <p>همه مواردی که در مورد عضو صدق میکنند را انتخاب کنید:</p> <p><input type="checkbox"/> تجربه فعال حداقل یکی از عوامل پیچیده اجتماعی یا محیطی که بر سلامت آنها تأثیر می گذارد (به عنوان مثال، عدم دسترسی به غذا و مسکن ثابت، ناتوانی در کار یا مشارکت در اجتماع، سابقه تجربیات نامطلوب دوران کودکی (ACEs)، سابقه تماس های اخیر با اجرای قانون مرتبط با سلامت روان و غیره)</p> <p style="text-align: center;">و</p> <p><input type="checkbox"/> قادر به اقامت مداوم در جامعه با پشتیبانی های کامل مانند خدمات پشتیبانی در خانه (IHSS)، وعده های غذایی و غیره هستند.</p>	<p><input type="checkbox"/> 4. بزرگسالان در معرض خطر برای نهادسازی مراقبت طولانی مدت</p>
<p><input type="checkbox"/> آیا عضو در حال حاضر در یک مرکز مراقبت متوسط یا نیمه حاد اقامت دارد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>همه مواردی که در مورد عضو صدق میکنند را انتخاب کنید:</p> <p><input type="checkbox"/> علاقه مند به خارج شدن از موسسه یا مرکز مراقبت است؛</p> <p style="text-align: center;">و</p> <p><input type="checkbox"/> کاندیدای مناسبی برای انجام این کار با موفقیت (دارای حمایت اجتماعی قوی یا حمایت مراقبتی) هستند.</p> <p style="text-align: center;">و</p> <p><input type="checkbox"/> قادر به اقامت مداوم در جامعه باشند</p>	<p><input type="checkbox"/> 5. ساکنان مرکز پرستاری در حال انتقال به جامعه (امکانات مراقبت میانی و مراکز مراقبت تحت حاد مستثنی هستند.)</p>
<p>همه مواردی که در مورد عضو صدق میکنند را انتخاب کنید:</p> <p><input type="checkbox"/> دارای I/DD تشخیص داده شده است.</p> <p style="text-align: center;">و</p> <p><input type="checkbox"/> واجد شرایط برای هر جمعیت ECM متمرکز بزرگسال دیگری میباشد.</p>	<p><input type="checkbox"/> 6. افراد دارای ناتوانی ذهنی یا رشدی (I/DD) (اعضایی که خدمات معافیت 1915(c) دریافت می کنند یا ساکن یک مرکز مراقبت متوسط هستند، مستثنی هستند.)</p>
<p>همه مواردی که در مورد عضو صدق میکنند را انتخاب کنید:</p> <p><input type="checkbox"/> عضو باردار است یا در دوران پس از زایمان است (برای 12 ماه پس از زایمان)</p> <p style="text-align: center;">و</p> <p><input type="checkbox"/> عضو واجد شرایط برای هر جمعیت بزرگسال ECM متمرکز دیگری است</p>	<p><input type="checkbox"/> 7. بزرگسالان باردار و پس از زایمان در معرض خطر پیامدهای نامطلوب مشکلات بارداری</p>