



Formulario de referencia de Administración de la atención mejorada (ECM) 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.

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 de acuerdo con la referencia para los servicios de administración de la atención mejorada (Enhanced Care Management, ECM) de CalAIM: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Paso 2: Marque todas las opciones que apliquen. Marque todas las casillas requeridas y adjunte toda la documentación de respaldo antes de enviar el formulario.

Paso 3: Envíe el formulario de referencia completo y los documentos de respaldo a CalOptima Health si el miembro pertenece a un plan de salud que no sea Kaiser Permanente. Envíe por fax o por correo electrónico o postal todas las referencias de Kaiser Permanente directamente a Kaiser Permanente.

Información de contacto del plan de salud de Administración de la atención mejorada 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 (Excepto Kaiser Permanente)	1-888-587-8088	Fax: 1-714-338-3145	CalOptima Health Attn: LTSS CalAIM P.O. Box 11033 Orange, CA 92856
Kaiser Permanente	1-866-551-9619	Correo electrónico seguro: RegCareCoordCaseMgmt@kp.org	Kaiser Permanente Attention: Medi-Cal and State Programs (Second Floor) 393 E. Walnut St. Pasadena, CA 91188

	Adultos de 18 años y mayores	Criterios de elegibilidad del miembro
<input type="checkbox"/>	1. Experimenta o se encuentra en riesgo de quedarse sin vivienda	<p>Seleccione la <u>opción</u> que corresponda al miembro:</p> <p><input type="checkbox"/> No tiene vivienda o no ha tenido vivienda de manera continua.</p> <p><input type="checkbox"/> Está en riesgo de quedarse sin vivienda (en los próximos 30 días).</p> <p><input type="checkbox"/> Está escapando de violencia doméstica.</p> <p align="center">Y</p> <p>Seleccione la <u>opción</u> que corresponda al miembro:</p> <p><input type="checkbox"/> tiene una afección médica grave;</p> <p><input type="checkbox"/> tiene una afección del comportamiento grave, o</p> <p><input type="checkbox"/> tiene un trastorno del desarrollo grave.</p>
<input type="checkbox"/>	2. En riesgo de una hospitalización evitable o acude al Departamento de Emergencias	<p>Seleccione la <u>opción</u> que corresponda al miembro:</p> <p><input type="checkbox"/> 5 o más visitas a la sala de emergencias (Emergency Room, ER) en los últimos 6 meses;</p> <p><input type="checkbox"/> 3 o más hospitalizaciones no planificadas en los últimos 6 meses, o</p> <p><input type="checkbox"/> 3 o más estadias de corta duración en un establecimiento de enfermería especializada en los últimos 6 meses.</p>
<input type="checkbox"/>	3. Enfermedad mental grave (Serious Mental Illness, SMI) o trastorno por consumo de sustancias (Substance Use Disorder, SUD)	<p>Seleccione todas las opciones que correspondan al miembro:</p> <p><input type="checkbox"/> afección de salud mental grave, y/o</p> <p><input type="checkbox"/> trastorno por consumo de sustancias</p> <p align="center">Y</p> <p><input type="checkbox"/> experimenta de manera activa por lo menos un factor social complejo que influye en su salud (por ejemplo, falta de acceso a alimentos, vivienda</p>

	Adultos de 18 años y mayores	Criterios de elegibilidad del miembro
		<p>estable, incapacidad de trabajar o participar en la comunidad, antecedentes de experiencias adversas en la infancia [Adverse Childhood Experiences, ACE], crianza temporal durante la juventud, antecedentes de contactos recientes con las fuerzas del orden público relacionados con la salud mental o los síntomas del consumo de sustancias o comportamientos relacionados)</p> <p style="text-align: center;">Y</p> <p>Seleccione la <u>opción</u> que corresponda al miembro:</p> <p><input type="checkbox"/> tiene un alto riesgo de ser internado en una institución psiquiátrica;</p> <p><input type="checkbox"/> recibe servicios para crisis, de atención de emergencia, de la ER o del hospital como único recurso para obtener atención médica;</p> <p><input type="checkbox"/> ha tenido 2 o más visitas a la ER o estadias en el hospital en los últimos 12 meses debido al consumo de sustancias o a una sobredosis;</p> <p><input type="checkbox"/> ha tenido 2 o más visitas a la ER o estadias en el hospital en los últimos 12 meses debido a una afección de salud mental grave;</p> <p><input type="checkbox"/> tiene un alto riesgo de sufrir una sobredosis o de suicidarse, O</p> <p><input type="checkbox"/> está embarazada o en el periodo posparto (los 12 meses posteriores al parto).</p>
<input type="checkbox"/>	<p>4. Adultos en riesgo de ser internados para recibir cuidados a largo plazo</p>	<p>Seleccione la <u>opción</u> que corresponda al miembro:</p> <p><input type="checkbox"/> adulto que vive en la comunidad y que cumple con los criterios para el nivel de atención de un establecimiento de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF), O</p> <p><input type="checkbox"/> requiere servicios de enfermería especializada menos intensos, como servicios médicos y de enfermería intermitentes o por tiempo limitado, apoyo o equipo para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión aguda</p> <p style="text-align: center;">Y</p> <p>Seleccione todas las opciones que correspondan al miembro:</p> <p><input type="checkbox"/> experimenta de manera activa por lo menos un factor ambiental o social complejo que influye en su salud (por ejemplo, falta de acceso a alimentos y a una vivienda estable, incapacidad de trabajar o participar en la comunidad, antecedentes de experiencias adversas en la infancia [ACE], antecedentes de contactos recientes con las fuerzas del orden público relacionados con la salud mental, etc.)</p> <p style="text-align: center;">Y</p>

	Adultos de 18 años y mayores	Criterios de elegibilidad del miembro
		<input type="checkbox"/> puede residir de manera continua en la comunidad con apoyos incluyentes, como los servicios de apoyo en el hogar (In-Home Supportive Services, IHSS), comidas, etc.
<input type="checkbox"/>	5. Residentes de establecimientos de enfermería que están haciendo su transición a la comunidad (No incluyen los establecimientos de atención intermedia ni subaguda).	<p>Es un miembro que actualmente reside en un establecimiento de atención intermedia o subaguda ¿Establecimiento de atención? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Seleccione todas las opciones que correspondan al miembro:</p> <input type="checkbox"/> le interesa abandonar la institución, <div style="text-align: center;">Y</div> <input type="checkbox"/> es un candidato para hacerlo con éxito (cuentan con un sólido apoyo social o de parte de un cuidador), <div style="text-align: center;">Y</div> <input type="checkbox"/> puede residir de manera continua en la comunidad.
<input type="checkbox"/>	6. Individuos con una discapacidad intelectual o del desarrollo (Intellectual or Developmental Disabilities, I/DD) (No se incluyen los miembros que reciben servicios de exención 1915(c) o que residen en un establecimiento de atención médica intermedia).	<p>Seleccione todas las opciones que correspondan al miembro:</p> <input type="checkbox"/> se le diagnosticó una discapacidad I/DD, <div style="text-align: center;">Y</div> <input type="checkbox"/> es elegible para cualquier otra población prioritaria de ECM para adultos
<input type="checkbox"/>	7. Individuas adultas embarazadas o en posparto que se encuentran en riesgo de sufrir consecuencias perinatales adversas	<p>Seleccione todas las opciones que correspondan al miembro:</p> <input type="checkbox"/> el miembro es una individuo embarazada o en posparto (periodo de 12 meses) <div style="text-align: center;">Y</div> <input type="checkbox"/> el miembro es elegible para cualquier otra población prioritaria de ECM para adultos