



Solicitud del punto único de acceso para niños, parte 2: solicitud de remisión a ACT, CCR y RTF para jóvenes de la OMH

Table with 4 columns: Apellido legal, Nombre legal, Inicial del segundo nombre, Fecha de nacimiento

Instrucciones: Para pedir Tratamiento comunitario asertivo (ACT) para jóvenes, Residencia comunitaria para menores (CCR) o Centro residencial de tratamiento (RTF), complete y presente la parte 1 de la solicitud del programa de Punto Único de Acceso para Niños (C-SPOA) y esta parte 2 de la solicitud al C-SPOA de origen del solicitante.

Nota: Si se produce una actualización de la información facilitada en la solicitud en un plazo de 90 días a partir de la presentación inicial, las actualizaciones pueden hacerse volviendo a presentar el formulario, actualizando las secciones pertinentes y seleccionando "marque esta casilla si no hay cambios en la información" para el resto.

Sección 1: tipo de remisión Si presenta nuevamente la solicitud en los últimos 90 días, marque esta casilla si no hay cambios en la información.

Seleccione el tipo de programa al que quiere acceder el joven solicitante/la familia:

Tratamiento comunitario asertivo (ACT) para jóvenes de la Oficina de Salud Mental (Office of Mental Health, OMH)

No disponible en todo el estado. Confirme si el solicitante reside en uno de los siguientes condados de captación:

- List of counties: Albany/Schenectady, Bronx, Brooklyn, Broome, Cortland/Chenango, Erie/Niagara, Manhattan, Monroe, Nassau, Oneida, Onondaga, Queens, Staten Island, Suffolk, Westchester

Residencia comunitaria para niños (CCR) de la OMH

Centro residencial de tratamiento (RTF) de la OMH

Sección 2: motivo de la remisión Si presenta nuevamente la solicitud en los últimos 90 días, marque esta casilla si no hay cambios en la información.

¿Cuáles son los síntomas actuales que requieren tratamiento y apoyo? Describa la frecuencia, intensidad, duración y riesgo de daño de cada síntoma que tenga.



Solicitud del punto único de acceso para niños, parte 2: solicitud de remisión a ACT, CCR y RTF para jóvenes de la OMH

Información del joven solicitante

Apellido legal	Nombre legal	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento
----------------	--------------	----------------------------	---------------------

¿Cuáles son las necesidades que plantea el joven solicitante/la familia? ¿Cómo afectan estas necesidades a la capacidad del joven solicitante para desenvolverse en la casa, la escuela y la comunidad?

¿Cuáles son las fortalezas del joven solicitante y de la familia?

¿Está el joven solicitante/la familia en contacto con servicios comunitarios actualmente? Si es así, describa el tipo de servicio, la frecuencia, la duración y la coordinación de estos servicios.

¿Qué dificultades han afectado la capacidad de los servicios basados en la casa y la comunidad para cubrir las necesidades del joven solicitante y su familia?



Solicitud del punto único de acceso para niños, parte 2: solicitud de remisión a ACT, CCR y RTF para jóvenes de la OMH

Información del joven solicitante			
Apellido legal	Nombre legal	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento

Sección 3: información del programa de educación

Si presenta nuevamente la solicitud en los últimos 90 días, marque esta casilla si no hay cambios en la información.

Distrito escolar local	Nombre de la escuela	Grado
------------------------	----------------------	-------

¿Un Comité de educación especial (CSE) ha determinado que el solicitante tiene una discapacidad o condición de educación especial? Sí No Pendiente

Si la respuesta es Sí, indique todas las que correspondan (por ejemplo, problemas de aprendizaje, trastornos emocionales, discapacidades múltiples, etc.):

¿Dispone actualmente de un Programa de educación individualizada (IEP) o de un plan 504? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, un IEP <input type="checkbox"/> Sí, un plan 504	¿Un CSE ha determinado que el solicitante es elegible para la Evaluación alternativa del estado de Nueva York? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Fecha de la última reunión del CSE: _____ <input type="checkbox"/> N/A
--	---	--

Nombre del contacto del CSE	Teléfono del CSE	Correo electrónico del CSE
-----------------------------	------------------	----------------------------

Sección 4: participación de sistemas y servicios Si presenta nuevamente la solicitud en los últimos 90 días, marque esta casilla si no hay cambios en la información.

Categorías de sistemas y servicios	Participación	Describa el motivo de su participación y el plazo previsto <i>Si necesita más espacio, adjunte la descripción a la solicitud.</i>
Oficina para Personas con Discapacidades de Desarrollo (OPWDD)	¿Es elegible para la exención de servicios basados en la casa y la comunidad (HCBS) de la OPWDD? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	(Si corresponde, indique el estado actual de la elegibilidad o las remisiones pendientes).
	En caso de participación <u>actual</u> : Nombre de contacto _____ Cargo _____ Teléfono _____ Correo electrónico _____	
Participación de los Servicios de protección infantil (CPS)	<input type="checkbox"/> Anterior <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> No sabe	
	En caso de participación <u>actual</u> : Nombre de contacto _____ Cargo _____ Teléfono _____ Correo electrónico _____	
Custodia de la Administración de Servicios para Menores (ACS)/ del Departamento de Servicios Sociales (DSS)	<input type="checkbox"/> Anterior <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> No sabe	
	En caso de participación <u>actual</u> : Nombre de contacto _____ Cargo _____ Teléfono _____ Correo electrónico _____	



Solicitud del punto único de acceso para niños, parte 2: solicitud de remisión a ACT, CCR y RTF para jóvenes de la OMH

Información del joven solicitante			
Apellido legal	Nombre legal	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento

Tribunales de familia	<input type="checkbox"/> Anterior <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> No sabe	
	En caso de participación <u>actual</u> : Nombre de contacto _____ Cargo _____ Teléfono _____ Correo electrónico _____	
PINS/Programa de Remisión para Personas en Necesidad de Supervisión (PINS)	<input type="checkbox"/> Anterior <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> No sabe	
	En caso de participación <u>actual</u> : Nombre de contacto _____ Cargo _____ Teléfono _____ Correo electrónico _____	
Libertad condicional	<input type="checkbox"/> Anterior <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> No sabe	
	En caso de participación <u>actual</u> : Nombre de contacto _____ Cargo _____ Teléfono _____ Correo electrónico _____	
Tribunal Penal	<input type="checkbox"/> Anterior <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> No sabe	(Si corresponde, indique si tiene acusaciones pendientes)
	En caso de participación <u>actual</u> : Nombre de contacto _____ Cargo _____ Teléfono _____ Correo electrónico _____	
División de Justicia para Menores y Oportunidades para los Jóvenes (DJJOY) de la Oficina de Servicios para la Infancia y la Familia (OCFS) (custodia de la DJJOY de la OCFS)	<input type="checkbox"/> Anterior <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> No sabe	
	En caso de participación <u>actual</u> : Nombre de contacto _____ Cargo _____ Teléfono _____ Correo electrónico _____	

Sección 5: utilización de servicios residenciales o de hospitalización (en los últimos 2 años). Si no hay antecedentes de admisiones residenciales o de hospitalización, indique N/A. Si necesita más espacio, adjunte la descripción. Si presenta nuevamente la solicitud en los últimos 90 días, marque esta casilla si no hay cambios en la información.

Nombre del centro	Fecha de admisión	Fecha de alta (o fecha prevista de alta)



Solicitud del punto único de acceso para niños, parte 2: solicitud de remisión a ACT, CCR y RTF para jóvenes de la OMH

Información del joven solicitante			
Apellido legal	Nombre legal	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento

Sección 6: planificación del alta Si presenta nuevamente la solicitud en los últimos 90 días, marque esta casilla si no hay cambios en la información.

Escriba el plan propuesto para el alta. Incluya el entorno del alta y los servicios que pueden llegar a ser necesarios. Identifique los posibles obstáculos.

Sección 7: colaboradores en la planificación del alta. Identifique las personas, además de los padres/custodios y tutores legales, que participarán en las conversaciones sobre la planificación del alta. Si participa el DSS o una Agencia de planificación de casos de la ACS, el asistente social y el supervisor deben figurar como colaboradores en la planificación del alta. Si presenta nuevamente la solicitud en los últimos 90 días, marque esta casilla si no hay cambios en la información.

Nombre	Relación con el joven solicitante/la familia	Información de contacto (correo electrónico y número de teléfono)

Sección 8: contacto del proveedor primario para actualizaciones clínicas. Complete si no es el remitente. Si presenta nuevamente la solicitud en los últimos 90 días, marque esta casilla si no hay cambios en la información.

Nombre	Nombre de la agencia		
Número de teléfono	Número de fax		
Relación con el solicitante (proveedor de atención primaria [PCP], terapeuta, etc.)	Dirección de correo electrónico		
Firma			Fecha

Sección 9: directrices y lista de verificación de la documentación justificativa. Si presenta nuevamente la solicitud en los últimos 90 días, marque esta casilla si no hay cambios en la información.

Se debe completar y presentar la siguiente documentación junto con la parte 1 del C-SPOA y esta parte 2 de la solicitud para que la remisión se considere "completa" y se procese mediante el C-SPOA.

- Solicitud del C-SPOA, parte 1
- Consentimiento obligatorio para revelar información para el C-SPOA completado por el padre/la madre/el tutor legal
- Solicitud del C-SPOA, parte 2 (este formulario)
- Verificación de trastorno emocional grave completada por un proveedor de asistencia médica conductual autorizado, O una evaluación psiquiátrica, psicosocial o psicológica que incluya una determinación de trastorno emocional grave (SED).



Solicitud del punto único de acceso para niños, parte 2: solicitud de remisión a ACT, CCR y RTF para jóvenes de la OMH

Table with 4 columns: Apellido legal, Nombre legal, Inicial del segundo nombre, Fecha de nacimiento

Para las remisiones que se hayan iniciado en un entorno de hospitalización, se requiere un resumen actual de la hospitalización.

El resumen de la hospitalización debe tratar el curso del tratamiento desde el momento de la admisión (incluyendo el empleo de una observación más prolongada [p. ej., observación uno a uno, de 5 min]; medicamentos intramusculares contra la agitación, el comportamiento agresivo o de lesión a sí mismo; el uso de restricciones), la respuesta al tratamiento, el estado actual (p. ej., comportamiento general en la unidad, en las actividades de la vida diaria [ADL]) y la duración prevista de la hospitalización.

Para las remisiones que se hayan iniciado en un RTF, se debe presentar lo siguiente:

- Evaluación psicosocial, que incluya el curso actual del tratamiento del RTF y la respuesta al tratamiento del RTF.
Plan de tratamiento actual.

Subsección A: obligatoria únicamente para remisiones de jóvenes a ACT.

Si presenta nuevamente la solicitud en los últimos 90 días, marque esta casilla si no hay cambios en la información.

Cualquier documentación que respalde los siguientes criterios de elegibilidad para el ACT:

- El joven o la familia no se han comprometido o no han respondido adecuadamente al tratamiento en entornos más convencionales.
Uso elevado de hospitales psiquiátricos para casos agudos (dos hospitalizaciones en un año, o una hospitalización de 60 días o más en un año).
Uso elevado de servicios psiquiátricos de emergencia o para situaciones de crisis.
Síntomas graves persistentes (p. ej., problemas afectivos, psicóticos, suicidas o de control de los impulsos).
Reside o ha recibido el alta en un centro de hospitalización, en un programa de tratamiento residencial o en una CCR, o se le considera elegible para el RTF, pero se evalúa clínicamente que puede vivir en un entorno más independiente si se le prestan servicios comunitarios intensivos.
El entorno familiar o comunitario no puede ofrecer el apoyo necesario para un crecimiento apropiado desde el punto de vista del desarrollo, requerido para tratar adecuadamente las necesidades de salud mental.
Evaluación clínica que indique riesgo inmediato de necesidad de una situación de vida más restrictiva (p. ej., residencia comunitaria para menores, hospital psiquiátrico o RTF) sin servicios comunitarios intensivos.

Subsección B: obligatoria únicamente para remisiones a CCR y RTF.

Si presenta nuevamente la solicitud en los últimos 90 días, marque esta casilla si no hay cambios en la información.

Evaluación psiquiátrica

- Se debe haber sometido a una evaluación psiquiátrica completa en los últimos 12 meses, con una actualización en los últimos 90 días desde el momento de la remisión, en la que se verifique que la evaluación psiquiátrica refleja con exactitud el nivel de funcionamiento actual del joven solicitante.
La evaluación psiquiátrica puede estar firmada por el médico tratante o el enfermero de práctica avanzada.
La evaluación psiquiátrica debe tratar los siguientes aspectos:
Estado mental actual
Historial de atención y tratamientos psiquiátricos previos
Breve resumen de los medicamentos psicotrópicos anteriores y actuales, respuesta a los medicamentos, motivos de los cambios/de la interrupción, eficacia y efectos secundarios



Solicitud del punto único de acceso para niños, parte 2: solicitud de remisión a ACT, CCR y RTF para jóvenes de la OMH

Table with 4 columns: Apellido legal, Nombre legal, Inicial del segundo nombre, Fecha de nacimiento

Form containing evaluation criteria for psychosocial and psychological assessments, including bullet points for each section.



Solicitud del punto único de acceso para niños, parte 2: solicitud de remisión a ACT, CCR y RTF para jóvenes de la OMH

Table with 4 columns: Apellido legal, Nombre legal, Inicial del segundo nombre, Fecha de nacimiento

- Evaluación del lenguaje, funcionamiento socioafectivo...
Documentación del examen físico/médico
Si un CSE ha revisado al joven solicitante, adjunte lo siguiente:
Si en los dos últimos años se produjeron comportamientos de alto riesgo por conductas sexualizadas o provocación de incendios, adjunte una evaluación de los riesgos.
Si se identifican necesidades físicas/médicas crónicas/graves, adjunte toda la información pertinente

SI ES ELEGIBLE, se solicitarán los siguientes documentos para la admisión.
Indique cuáles de las siguientes opciones están disponibles
Prueba de la situación de residencia en EE. UU. mediante lo siguiente:
Copia del registro de vacunas
Copia de la tarjeta de seguro médico
Si el joven solicitante está implicado en el DSS/la ACS o si está bajo custodia del DSS/de la ACS:
Cualquier restricción al contacto familiar

Subsección C: obligatoria únicamente para remisiones a RTF.
Si se vuelve a presentar la solicitud en los últimos 90 días, marque esta casilla si no hay cambios en la información.

- Consentimiento para el proceso de revisión de la autorización del RTF de la OMH en todo el estado completado por el padre/la madre/el tutor legal
Solicitud de determinación de discapacidad infantil de Medicaid en todo el estado completado por el padre/la madre/el tutor legal



Solicitud del punto único de acceso para niños, parte 2: solicitud de remisión a ACT, CCR y RTF para jóvenes de la OMH

Información del joven solicitante			
Apellido legal	Nombre legal	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento

Sección 10: tenga en cuenta que los siguientes documentos adicionales pueden ser necesarios con el fin de determinar la elegibilidad del joven para ACT, CCR o RTF.

Si presenta nuevamente la solicitud en los últimos 90 días, marque esta casilla si no hay cambios en la información.

Indique cuáles de las siguientes opciones están disponibles si se solicitan:

Si el joven solicitante/la familia está implicada en el DSS/la ACS o si el joven solicitante está bajo custodia del DSS/de la ACS: orden del tribunal de familia, plan de permanencia, evaluación psicosocial.

Registros relacionados con la participación en otros sistemas de atención (p. ej., justicia juvenil, bienestar infantil, servicios para discapacitados) que aporten ejemplos de deterioro funcional en la casa y la comunidad.

Otras evaluaciones clínicas pertinentes (psiquiátricas, psicológicas, neurológicas, de terapia ocupacional, de dependencia química, etc.).

Resúmenes de alta de anteriores proveedores de tratamiento de hospitalización, residencial y ambulatorio.

Sección 11: declaración del remitente

Doy fe de que la información de esta solicitud refleja con exactitud el nivel de funcionamiento del joven en el momento de la solicitud.

Firma del remitente	Fecha
---------------------	-------

Nombre del remitente

Cargo

Agencia

-----Para uso exclusivo del C-SPOA-----

Fecha de recepción	Fecha en que se completó	Nombre del C-SPOA	Correo electrónico	Teléfono
--------------------	--------------------------	-------------------	--------------------	----------

¿Está documentado que los servicios menos restrictivos son insuficientes para cubrir las necesidades clínicas graves y persistentes de la persona? Sí No No lo puede determinar

Indique cualquier información adicional sobre la utilización de servicios de tratamiento y apoyo menos restrictivos por parte del joven solicitante. Incluya cualquier obstáculo que haya afrontado el joven/la familia, y cualquier recomendación, si corresponde. Si no lo sabe, indique N/A.

Solo para los solicitantes de ACT: ¿Cumple el joven solicitante los criterios de elegibilidad de ACT para jóvenes? Sí No

Solo para los solicitantes de CCR: ¿Es apto el joven solicitante para la Residencia comunitaria para menores? Sí No

Firma	Fecha
-------	-------



AUTORIZACIÓN PARA LA REVISIÓN POR PARTE DE UN COMITÉ DE CERTIFICACIÓN DE PREADMISIÓN A FIN DE DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD PARA EL TRATAMIENTO RESIDENCIAL

Nombre del joven	(Apellido)	(Primer nombre)	(Inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento del joven				
Dirección del joven								
Nombre de la fuente de derivación								
Dirección de la fuente de derivación								
<p>Yo, o mi representante autorizado, solicito que la información de salud relacionada con la atención y el tratamiento del joven antes mencionado sea divulgada tal como se indica en este formulario. De conformidad con la Ley Estatal de Nueva York y con el Reglamento de Privacidad de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPPA) de 1996, comprendo que:</p> <ul style="list-style-type: none">• Se requiere una autorización específica por separado para utilizar o divulgar información sobre diagnósticos o tratamientos relativos al abuso de drogas o alcohol, o información confidencial relacionada con el VIH.• Tengo derecho a saber qué información sobre el joven se ha compartido, así como el motivo, el momento y la persona con quien se compartió.• Tengo derecho a cancelar mi autorización para divulgar información notificándolo por escrito a la agencia que realiza la derivación o al coordinador del PACC, o de retirarme del proceso de derivación del RTF en cualquier momento antes de que se divulgue. Esto evitará que un PACC comparta información después de que se haya retirado mi consentimiento.• Asimismo, comprendo que el Comité de Certificación de Preadmisión (Preadmission Certification Committee, PACC) puede estar integrado por representantes de los siguientes organismos:<table border="0"><tr><td>Oficina de Salud Mental (Office of Mental Health)</td><td>Oficina de Servicios para Niños y Familias (Office of Children and Family Services)</td><td>Departamento de Educación del Estado (State Education Department)</td><td>Único Punto de Acceso (Single Point of Access, SPOA)</td></tr></table>• Autorizo a que se divulgue información explicativa y clínica del joven antes mencionado a un Comité de Certificación de Preadmisión (PACC). Comprendo que un Comité de Certificación de Preadmisión revisará y evaluará dicha información a fin de determinar si el joven reúne los requisitos para recibir servicios en un Centro de Tratamiento Residencial, y mantendrá la confidencialidad de dicha información. Comprendo que la información se compartirá por escrito, en reuniones, por teléfono o mediante datos computarizados.• Autorizo a que un Comité de Certificación de Preadmisión divulgue la información antedicha al Centro de Tratamiento Residencial (Residential Treatment Facility, RTF) pertinente a fin de derivar al joven para su posible admisión, que podría incluir una derivación a un RTF fuera de esta región. Comprendo que dicha información se utilizará para evaluar la posible admisión del joven en el RTF, y que el RTF mantendrá la confidencialidad de esa información.• En caso del que el PACC determine que el joven reúne los requisitos para el RTF, autorizo a que el Comité de Certificación de Preadmisión divulgue la información antedicha al Comité de Educación Especial (Committee on Special Education, CSE) del Distrito Escolar de Residencia _____ del joven, para solicitar que el CSE la evalúe. Autorizo a que el PACC obtenga la evaluación y las recomendaciones por escrito del CSE para los servicios educativos correspondientes mientras el joven asista a un Centro de Tratamiento Residencial (Ley del SED, artículo 81 sección 4005.1.d-e). Si, en el momento de la derivación, el joven se encuentra en el hospital, el distrito escolar de residencia será el que corresponda al momento en que ingresó al hospital.					Oficina de Salud Mental (Office of Mental Health)	Oficina de Servicios para Niños y Familias (Office of Children and Family Services)	Departamento de Educación del Estado (State Education Department)	Único Punto de Acceso (Single Point of Access, SPOA)
Oficina de Salud Mental (Office of Mental Health)	Oficina de Servicios para Niños y Familias (Office of Children and Family Services)	Departamento de Educación del Estado (State Education Department)	Único Punto de Acceso (Single Point of Access, SPOA)					



AUTORIZACIÓN PARA LA REVISIÓN POR PARTE DE UN COMITÉ DE CERTIFICACIÓN DE PREADMISIÓN A FIN DE DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD PARA EL TRATAMIENTO RESIDENCIAL

- Este consentimiento para divulgar información perderá vigor: a) a los seis meses de la fecha de la firma si el joven no es admitido en un RTF, o b) cuando el joven reciba el alta de un RTF. El PACC podría solicitar una autorización actualizada para continuar con el proceso de admisión y derivación.

Esta autorización para utilizar o divulgar información protegida de salud de conformidad con las leyes y reglamentos estatales y federales deberá ser otorgada por el joven y por su padre/madre/tutor legal, según corresponda. La información puede divulgarse de conformidad con esta autorización a las partes aquí indicadas que tengan una necesidad demostrable de la información, siempre que, en la medida de lo razonable, no esté previsto que la divulgación sea perjudicial para el paciente u otras personas.

NOTA SOBRE LA INFORMACIÓN QUE ACOMPAÑA A ESTE FORMULARIO DE DIVULGACIÓN: Esta información que se le ha divulgado a usted proviene de registros protegidos por las leyes federales de confidencialidad (Título 42, Parte 2 del CFR y la HIPAA). Las leyes federales le prohíben a usted divulgar dicha información a menos que esté expresamente permitido por el consentimiento escrito de la persona a la cual le pertenece o según lo permita el Título 42, Parte 2 del CFR o la HIPAA. Para estos fines, NO es suficiente una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo. Las leyes federales restringen todo uso de información a los efectos de investigar o procesar judicialmente a un paciente por abuso de drogas o alcohol.

Firma del joven (cuando corresponda y esté disponible)

Firma del padre/madre/tutor legal

Parentesco

Aclaración de la firma en letra de imprenta

Fecha de la firma

Firma del testigo

Título

Aclaración de la firma en letra de imprenta

Fecha de la firma

Firma de la persona que completa el formulario (si no es el padre/madre/tutor)

Título

Aclaración de la firma en letra de imprenta

Fecha de la firma

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA DE SALUD MENTAL (FOR OMH USE ONLY)

CONSENT HAS BEEN:

- Revoked in entirety
Partially revoked as follows:
Letter (Attach Copy)

DATE REQUEST RECEIVED:

OMH REPRESENTATIVE RECEIVING REQUEST:

(OMH REPRESENTATIVE'S FULL NAME AND TITLE)

(OMH REPRESENTATIVE FULL ADDRESS)