



Lista antes de entregar su referencia:

- ☐ ¿Firmo el guardián y/o adulto el consentimiento en la página de evaluación? (Consentimiento verbal es permitido)
- ☐ ¿Firmo el joven (si tiene 14 años o más) el consentimiento en la página de evaluación? (Consentimiento verbal es permitido)
- ☐ Para cualquier caja en página 4 (página de Criterio para Wraparound) marcada, le acompaña información en el área aun lado que debe llenar?
- ☐ ¿Si el joven tiene una evaluación de salud mental, está lista para entregar junto con esta referencia?

DEVUELVA ESTE FORMULARIO Y SU CONSENTIMIENTO A:

****Para miembros asignados a Trillium Community Health Plan, envíen vía correo electrónico a SM_Lane_Wrapreferrals@TrilliumCHP.com o llamar a Servicios para Miembros y Proveedores de Trillium al 541-485-2155 pidiendo una llamada de Salud Conductual. El representante de Trillium puede responder a preguntas o llenar la referencia por teléfono.**

****Para miembros asignados a Pacific Source Community Solutions (**send your referrals/ Manden sus referencias**) via FAX 1-541-385-3123 (contacte al equipo de Pacific Source Member Support Specialist al 541-330-2507 para confirmar el recibo de o ayuda con la referencia) o via correo electrónico LaneWrap@pacificsource.com. Para preguntas sobre su referencia de Wraparound llame al 541-330-2507 or 1-888-970-2507 y pregunte ser enrutado al Condado de Lane y solicite hablar con Cass Williams o alguien del equipo de Lane County Behavioral Health.**

*****Favor de tomar nota que esta referencia es valida por 3 meses desde la fecha que fue entregada. Si todo los requisitos no son completados en ese tiempo, esta referencia sera invalida y el proceso para reenviar comenzara a ese punto.**



Oregon
Family Support
Network



SISTEMA DE CUIDADO DEL CONDADO DE LANE WRAPAROUND (ASISTENCIA INTEGRAL) FORMULARIO DE REFERENCIA

Fecha de referencia:

CLIENTE:

Fecha de Nacimiento/Edad:

Raza/Etnicidad*: :

**El Condado de Lane y el Programa de Asistencia Integral busca apoyar a las personas de nuestra comunidad que han sido marginalizadas y debido a que la raza/etnia impacta de manera desproporcionada a las minorías, estamos registrando como apoyamos a estas comunidades*

Número de identificación de OHP:

NOMBRE DE LA PERSONA CON QUIEN VIVE EL CLIENTE:

Número de teléfono:

Domicilio:

Correo electrónico:

Relación con el/la joven:

GUARDIÁN (PERSONA CON LA CUSTODIA LEGAL):

Número de teléfono :

Domicilio:

Correo electrónico:

Relación con el/la joven:

Idioma de preferencia:

AGENCIA QUE ENVÍA LA REFERENCIA:

Nombre de la persona que la envía:

Relación con la familia de la persona que la envía:

Número de teléfono de la persona que la envía:

Correo electrónico de la persona que la envía:

Describe las fortalezas del/a joven y de la familia: (Por ejemplo estrategias de afrontamiento, resiliencia, optimismo, fortalezas familiares, habilidades interpersonales, apoyos naturales, relaciones duraderas, conexiones sociales, entorno educativo, vocación, etc.)

Diagnóstico de salud mental:

Describe los comportamientos actuales que interfieren con el éxito del/a joven en diferentes situaciones:

Describe los estresores que la familia está viviendo actualmente:

CRITERIA DE WRAPAROUND (ASISTENCIA INTEGRAL):

- ☐ Edad 0-20
- ☐ Eligible para el Oregon Health Plan (Plan de Salud de Oregón):
- ☐ Trillium Community Health Plan
- ☐ PacificSource Community Solutions – Lane
- ☐ El consentimiento para evaluación ha sido firmado y está adjunto con la referencia

Participación en dos o más de los siguientes sistemas: **Incluya una narrativa describiendo las necesidades del/a joven en relación con cada sistema y la persona de contacto*

SALUD MENTAL: *(Por ejemplo: la meta principal de la familia en relación con su salud mental; proveedor corriente; historia más reciente sobre el tratamiento de la salud mental)*

☐

Una evaluación de Salud Mental dentro de los 12 meses:

☐ Si☐ No

****Si afirma/si/es así** - Favor ate y mande con esta referencia. **Si nega/no** - oprima la caja siguiente, que reconoce que acepta obtenerlo dentro de los 90 días de la fecha de esta referencia. **
Yo Entiendo

¿Tiene un plan de seguridad en su archivo de salud?:

☐ Si☐ No

****Si contestó que sí y tiene acceso a estos documentos, por favor adjúntelo a esta referencia****

¿Ha estado inscrito en tratamiento residencial en los últimos 6 meses? : ☐

DEPT. SERVICIOS ☐

JUVENILES/ AUTORIDAD

JUVENIL DE OREGON:

DHS BIENESTAR JUVENIL: ☐

Crossover Youth: ☐ *(Involucramiento en el sistema judicial y con el departamento de servicios sociales)*

SERVICIOS DE ☐

DISCAPACIDAD DE

DESAROLLO:

DEPENDENCIA DE ☐

SUSTANCIAS:

ESCUELA: ☐

SALUD FÍSICA EN ☐

CONDICION CRÍTICA:

OTRA PARTICIPACIÓN EN ☐

SISTEMAS FAMILIARES:

WRAPAROUND (ASISTENCIA INTEGRAL) COMITÉ DE DETERMINACIÓN

CONSENTIMIENTO PARA EVALUACIÓN

Entiendo que se ha hecho una recomendación para que mi joven y familia ingresen al programa de facilitación de Wraparound (Asistencia Integral).

Este comité de Bienvenido al Wraparound revisara la referencia y los datos mandados por los involucrados para determinar si el proceso de Wraparound sera apropiado. Esto incluye una revisa de las necesidades, apoyos, y agencias involucradas. Este Comité está compuesto de representantes de las organizaciones de cuidado coordinado en el condado de Lane (Trillium Community Health Plan o PacificSource Community Solutions – Lane), Direction Service, Oregon Family Support Network (OFSN) y el Sistema de Cuidado/Atencion del Condado de Lane.

Entiendo que nuestra participación en el programa de facilitación de Wraparound (Asistencia Integral) es voluntaria y al firmar abajo yo doy permiso para que se revisen los documentos pertinentes para determinar la elegibilidad. Puedo revisar y dar mi opinión sobre la información que se incluye en esta forma enviada por la persona que está apoyando a mi familia. También entiendo que la información sobre nuestra salud está protegida por la ley federal y la ley estatal.

Firma del/a joven (requisito si tiene más de 14 años)

Fecha

Firma de guardián/madre o padre

Fecha

Si hay una barrera para obtener la firma del adulto y/ó joven, consentimiento verbal es permitido. Elija la caja abajo e incluya la fecha. .

☐

Consentimiento Verbal Para Evaluar

Fecha de Consentimiento:

***Favor de tomar nota que esta referencia es valida por 3 meses desde la fecha que fue entregada. Si todo los requisitos no son completados en ese tiempo, esta referencia sera invalida y el proceso para renviar comenzara a ese punto.



Oregon
Family Support
Network