

**Formulario de remisión y autorización de los
Servicios Intensivos Basados en el Hogar (IHBS)**

ENVÍE UN FAX CON EL FORMULARIO LLENO AL 1-866-313-8448

**Si desea información, comuníquese con el Coordinador de ICC/los
IHBS de Salud Conductual del Condado de Alameda (ACBH)
al (510) 383-5128**

| | | |
|-----------|---------------------|----------|
| Fecha: | Persona que remite: | Agencia: |
| N.º tlf.: | Correo electrónico: | |

Nombre del cliente: _____ Apellido: _____ N.º PSP*: _____

Sexo: Masculino Femenino Transgénero Otro: _____ FDN: _____

Etnia: _____ Pronombre preferido: _____

Idioma principal del cliente Inglés Español Otro: _____

Idioma principal de la familia Inglés Español Otro: _____

Dirección actual cliente: _____ N.º tlf. del cliente: _____

Ciudad: _____ Cód. postal: _____

Escuela actual: _____ Grado actual: _____ Educación especial

Cuidador actual: _____ Parentesco _____ N.º tlf.: _____

Parte legalmente responsable: _____ Parentesco: _____

N.º tlf.: _____

Fecha del último servicio de ICC: _____

Fecha de la reunión del CFT que recomendó la remisión a los IHBS: _____

*PSP: Proveedor de Servicios de Pago

JUSTIFICACIÓN PARA LOS IHBS

Para propósitos de verificación de la necesidad médica para el Servicio Estatal de Salud Mental (State Mental Health Service, SMHS), se requiere el siguiente documento de apoyo con la remisión para los IHBS:

Plan de tratamiento de salud mental completado dentro del último año que identifique a los IHBS como una intervención.

1. Describa las conductas que interfieren con el logro de una vida familiar estable y permanente:

2. Describa en detalle la(s) conducta(s) o condición(es) de salud mental que interfiere(n) con el funcionamiento del joven en el hogar o en la comunidad:

P. ej., describa las conductas que interfieren con los objetivos de vida independiente del joven en términos de:

- Alcanzar los objetivos educativos del joven en un programa académico en la comunidad.
- Buscar y mantener un trabajo.

3. ¿Cómo apoyarán los IHBS los objetivos del plan de tratamiento de ICC?

4. Si en este momento el joven está siendo atendido por un Servicio de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment, EPSDT) existente u otros servicios especializados de salud mental, ¿cómo beneficiará al joven y a su familia la adición a los IHBS?

| Miembros del equipo del niño y la familia (a la fecha de remisión), si están disponibles | | | |
|--|---------------|-----------------|---------------------------|
| Miembro del equipo | Nombre | Teléfono | Correo electrónico |
| Coordinador de Cuidado Intensivo (ICC): | | | |
| Madre(s): | | | |
| Padre(s): | | | |
| Trabajador social: | | | |
| Padre(s) de acogida: | | | |
| Miembro de la familia extendida no emparentado (Non-relative Extended Family Member, NREFM) o tutor: | | | |
| Terapeuta: | | | |
| Trabajador de Servicios Terapéuticos Conductuales (Therapeutic Behavioral Services, TBS): | | | |
| Asociado familiar: | | | |
| Contacto del hogar del grupo: | | | |
| Abogado de las Oficinas Jurídicas para Niños de East Bay (East Bay Children's Law Offices, EBCLO): | | | |
| Otro (especificar): | | | |

solo para uso de la oficina

DETERMINACIÓN DE ACBH

- El cliente reúne los criterios de elegibilidad de los IHBS
- El cliente NO reúne los criterios de los IHBS

Motivo(s): _____

Firma del administrador de ACBH

Nombre en letra de molde

Fecha