

CRITERIOS INICIALES DE IDENTIFICACIÓN DE LOS CRITERIOS PARA RECIBIR TBS

LLENE POR COMPLETO Y ADJUNTE EL PLAN DE TRATAMIENTO DE SALUD PSÍQUICA VIGENTE

PRESENTE TODA LA DOCUMENTACIÓN A LA: **coordinadora de TBS**

FAX: 1(888)818-1501

Comuníquese sus preguntas a la coordinadora de TBS de ACBH, Andrea Kiefer, a andrea.kiefer@acgov.org o al (510)383-5128

M F Otro

NOMBRE DEL NIÑO/JOVEN	FECHA DE NACIMIENTO	ORIGEN ÉTNICO	GÉNERO
-----------------------	---------------------	---------------	--------

¿Medi-Cal de alcance completo? Sí No (no reúne los criterios para recibir TBS)

Idioma preferido: _____ **N.º del Seguro Social** _____

Membrecía de una clase certificada: el niño/joven deben cumplir al menos UNO de los siguientes criterios:

Hoy está en un programa terapéutico residencial de corto plazo (STRTP, por sus siglas en inglés) o establecimiento de tratamiento cerrado

El condado está planteándose asignarlo a un STRTP o establecimiento de tratamiento cerrado

Firma del funcionario del condado o del SMHP* competente: _____

Una hospitalización psiquiátrica en los 24 meses previos relacionada con la discapacidad que se presenta hoy.

Fecha(s) de hospitalización: _____

Recibió servicios terapéuticos de salud del comportamiento (TBS) cuando era miembro de una clase certificada: **Fecha(s):** _____

En riesgo de hospitalización psiquiátrica

Firma del SMHP* competente: _____

* SMHP = proveedor de salud psíquica especializada

Lo debe llenar y firmar el actual proveedor de salud mental especializada. **En el plan de tratamiento vigente adjunto se incluyen un diagnóstico de DSM y TBS como intervención/modalidad**

Necesidad de servicio (marcar una). **Según mi criterio clínico, es muy probable que sin el apoyo adicional de corto plazo de los servicios terapéuticos del comportamiento este niño/joven:**

- Tenga que ser asignado fuera del hogar o a un nivel más alto de atención residencial, incluida la atención aguda, debido a un cambio en el comportamiento o los síntomas del joven que ponga en peligro la asignación actual.
- Necesite este apoyo adicional para la transición a un nivel más bajo de asignación residencial. Aunque el joven esté estable en la asignación actual, se espera un cambio en el comportamiento o en los síntomas y se necesitan servicios terapéuticos del comportamiento para estabilizar al niño en el entorno nuevo. (Dé la documentación en la página 2).
- No sea aplicable ninguno de los puntos anteriores (no reúne los criterios para TBS)

Si se autorizan los TBS para este niño/joven, acepto colaborar con el proveedor de TBS, lo cual incluirá el contacto telefónico. **He adjuntado un ejemplar del plan de tratamiento vigente del cliente, que incluye un diagnóstico de DSM y TBS como intervención.**

Firma del proveedor de salud psíquica _____

Nombre en letra de imprenta del proveedor de salud psíquica _____

Correo electrónico: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

Organismo: _____

Residencia principal del niño que recibe TBS (marque todas las que correspondan)

	Residencia principal	NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONO
<input type="checkbox"/>	Hogar familiar			
<input type="checkbox"/>	Hogar de acogida			
<input type="checkbox"/>	Organismo de acogida			
<input type="checkbox"/>	Hogar de grupo/STRTP			
<input type="checkbox"/>	Otro			

Describe muy específica y concretamente los comportamientos que ponen la situación de vida actual en riesgo o los comportamientos que ponen al cliente en riesgo de una hospitalización psiquiátrica (400 caracteres como máximo):

¿Qué servicios e intervenciones se han prestado o se están prestando para atender este comportamiento?

El cliente está recibiendo servicios de:

- Fred Finch Youth & Families
 Lincoln Families
 Seneca Center
 No corresponde

Antecedentes importantes o esfera de necesidad que afectan los comportamientos: (marque todas las que correspondan, comentarios)

- Tratamiento/asignación anteriores _____
- Familiares/Sociales _____
- Antecedentes de maltrato _____
- Consumo de sustancias _____
- Medicación actual (mencionar) _____
- Problemas médicos _____
- Escuela/IEP _____
- Funcionamiento del desarrollo/CI _____

Diagnósticos de DSM sobre la salud psíquica especializada

Código de la CIE: _____ **Diagnóstico:** _____

Código de la CIE: _____ **Diagnóstico:** _____

Fecha del diagnóstico otorgado: _____

Firma de la persona que llena el formulario _____

Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta de la persona que llena el formulario _____

Teléfono _____

Organismo: _____

FAX: _____

Descripción de los TBS

Los servicios terapéuticos de salud del comportamiento (TBS) son servicios de intervención del comportamiento complementarios, de corto plazo e individualizados para clientes de Medi-Cal de alcance completo que reciben servicios de un proveedor de salud psíquica especializada (SMHP). Estos clientes también tienen problemas emocionales graves y están experimentando una transición estresante o una crisis de vida y necesitan servicios de salud psíquica adicionales, es decir, TBS, para evitar la asignación a un hogar de grupo/STRTP o a un establecimiento cerrado para el tratamiento de sus necesidades de salud psíquica. Los TBS se utilizan también para facilitar la transición de cualesquiera de esos niveles a un nivel más bajo de atención residencial. Los TBS se reducen cuando así se indica y se suspenden si los objetos identificados del comportamiento se han logrado o, según el criterio clínico del proveedor de TBS, no se lograrán.

Nuestros proveedores de TBS son personal profesional y paraprofesional. Los miembros del personal profesional pueden tener licencia, ser estudiantes que trabajan para obtener la licencia o haber sido eximidos de tener licencia. Con miras a prestar servicios integrados y globales, la información del cliente se puede difundir según la necesidad de conocerla para la supervisión y la consulta. La información del cliente también se puede intercambiar entre participantes de organismos socios designados que estén implicadas en la prestación de este servicio global como equipo colaborativo. La información divulgada por usted, el joven u otros familiares durante la participación en los TBS es generalmente confidencial, a menos que sean aplicables excepciones a la confidencialidad. Las excepciones a la confidencialidad incluyen, entre otras, informar un supuesto maltrato infantil o amenazas explícitas de violencia hacia la persona en cuestión o hacia una víctima identificable y ciertos procedimientos legales.

Datos de contacto

Anote el nombre de la persona/organismos implicados en el tratamiento integral del niño/joven, que permitirá al proveedor de TBS obtener un Consentimiento/Divulgación de información para colaborar con el equipo del tratamiento.

Nombre en letra de imprenta del niño/joven

<input type="checkbox"/> Proveedor de salud mental	<hr/>	Teléfono: <hr/>
<input type="checkbox"/> Padre/cuidador	<hr/>	Teléfono: <hr/>
<input type="checkbox"/> Trabajador de bienestar de menores (CWW, por sus siglas en inglés)	<hr/>	Teléfono: <hr/>
<input type="checkbox"/> Oficial de libertad condicional	<hr/>	Teléfono: <hr/>
<input type="checkbox"/> Administrador de casos de servicios de salud psíquica relativa la educación)	<hr/>	Teléfono: <hr/>
<input type="checkbox"/> Administrador de casos del centro regional	<hr/>	Teléfono: <hr/>
<input type="checkbox"/> Personal de hogar de grupo	<hr/>	Teléfono: <hr/>
<input type="checkbox"/> Personal de la escuela	<hr/>	Teléfono: <hr/>
<input type="checkbox"/> Abogado	<hr/>	Teléfono: <hr/>

solo para uso oficial

DETERMINACIÓN DE ACBH

- El cliente cumple los criterios para recibir TBS
- El cliente NO cumple los criterios para recibir TBS

Motivo(s): _____

Firma del administrador de ACBH

Nombre en letra de imprenta

Fecha