FORMULARIO DE REFERENCIA A ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN MEJORADA (ENHANCED CARE MANAGEMENT, ECM) PARA ADULTOS

Llene las secciones del 1 a 6. Si hay alguna sección obligatoria que no puede completar, llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health gratuitamente al 1-800-587-8088 (TTY 711) para obtener ayuda adicional antes de enviar este formulario. CalOptima Health está disponible de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5:30 p. m. La llamada es gratuita. Visítenos en línea en *www.caloptima.org*. Puede obtener este Formulario de referencia a ECM y otros materiales del plan en otros idiomas sin costo alguno para usted. CalOptima Health proporciona traducciones escritas realizadas por traductores calificados. Llame al 1-888-587-8088 (TTY 711). La llamada es gratuita.

1. INFORMACIÓN DEL MIEMBRO	***El asterisco (*) indica que es información obligatoria.***
Fecha de la referencia*	
Tipo de referencia*	☐ Rutina ☐ Acelerada
Plan de atención médica administrada del miembro*	
Nombre del miembro*	
Apellido del miembro*	
Número de identificación de cliente (CIN) de Medi-Cal del miembro	
Número de identificación del Plan de atención médica administrada del miembro	
Fecha de nacimiento del miembro (MES/DÍA/AÑO)*	
Número de teléfono principal del miembro*	
Idioma preferido del miembro	
Nombre del médico general del miembro	

1. INFORMACIÓN DEL MIEMBRO (cont.) *El asterisco (*) indica que es información obligatoria.*	
Dirección residencial del miembro	☐ Marque esta casilla si no un domicilio fijo. Si está disponible, indique los lugares que el miembro visita con frecuencia.
Ciudad de residencia del miembro	
Código postal de residencia del miembro	
Correo electrónico del miembro	
Mejor forma para comunicarse con el miembro o su cuidador (si corresponde)	☐ Teléfono ☐ Correo electrónico
La mejor hora para comunicarse con el miembro o su cuidador	
Nombre del padre/madre/tutor legal/cuidador (si corresponde)	
Número de teléfono del padre/madre/tutor legal/cuidador (si corresponde)	
Correo electrónico del padre/madre/tutor legal/cuidador (si corresponde)	

2. FUENTE DE INFORMACIÓN DE LA REFERENCIA	
Nombre de la organización remitente*	
Número de identificación nacional del proveedor (NPI) de la organización remitente	
Nombre de la persona remitente*	
Título de la persona remitente	
Número de teléfono de la persona remitente*	
Dirección de correo electrónico de la persona remitente*	

2. FUENTE DE INFORMACIÓN DE LA REFERENCIA (cont.)	
Relación de la persona remitente con el miembro*	☐ Proveedor médico ☐ Proveedor de servicios sociales ☐ Otro: **Proporcione información adicional en la Sección 5: Comentarios adicionales**
SOCIOS COMUNITARIOS (SOLO PROVEEDORES QUE NO SON ECM)	**¿Cuenta el miembro con un proveedor de ECM preferido?** Elija una de las siguientes opciones: ☐ Sí, este miembro tiene un proveedor de ECM preferido Administrador(a) de atención de ECM preferido(a) _____ Organización del proveedor de ECM preferido _____ ☐ No, este miembro no tiene un proveedor de ECM preferido
SOLO PROVEEDORES ECM	**¿Recomienda la organización remitente ser asignada como el proveedor comunitario esencial (Essential Community Provider, ECP) del miembro?** Elija una de las siguientes opciones: ☐ Sí, nuestra organización debe ser el proveedor de ECM del miembro ☐ No, nuestra organización recomienda que este miembro sea asignado a otro proveedor de ECM con base en sus necesidades **Proporcione información adicional en la Sección 5: Comentarios adicionales.** ☐ No, este miembro quiere otro proveedor de ECM preferido Administrador(a) de atención de ECM preferido(a) _____ Organización del proveedor de ECM preferido _____

3. ELIGIBILIDAD DEL MIEMBRO PARA ECM POR POBLACIÓN PRIORITARIA

ELIGIBILIDAD DE ADULTOS (MAYORES DE 21) PARA ECM: MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN

Si el miembro que está siendo remitido es un adulto, revise cada indicador y marque todas aquellas opciones que correspondan para cada Población Prioritaria, (Population of Focus, POF). ***Deje en blanco todos los indicadores que no correspondan, en la medida de su conocimiento.*** *Use la Sección 5: Comentarios adicionales, para indicar cualquier área donde pueda ser necesaria una evaluación adicional por parte de CalOptima Health. Para obtener más información sobre las definiciones de la POF de ECM, consulte la Guía de la política ECM.*

Si no está seguro si un miembro califica para ECM, llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health gratuitamente al **1-800-587-8088** (TTY **711**). CalOptima Health está disponible de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5:30 p. m. La llamada es gratuita. Visítenos en línea en www.caloptima.org.

☐ **FALTA DE VIVIENDA: Adultos que experimentan falta de vivienda**

(Aviso: Para referir a una familia sin vivienda a ECM, use la Sección Niños y Jóvenes)

Confirme que el miembro cumple con los siguientes requisitos:

☐ Miembros adultos (tengan o no hijos menores de edad o jóvenes dependientes que vivan con ellos) que experimentan falta de vivienda, definida como tal al cumplir con una o más de las siguientes condiciones: no tener una residencia fija, regular y adecuada para pasar la noche; tener como residencia principal un lugar público o privado que no está diseñado ni se utiliza normalmente como lugar para dormir, como un automóvil, un parque, un edificio abandonado, una estación de autobús o tren, un aeropuerto o zona para acampar; vivir en un albergue supervisado, público o privado, destinado a brindar alojamiento temporal (incluidos hoteles y moteles pagados por programas federales, estatales o locales para personas de bajos ingresos o por organizaciones benéficas), albergues colectivos o viviendas de transición; salir de una institución sin tener vivienda, independientemente del tiempo que haya permanecido en la institución; estar en riesgo inminente de perder su vivienda en los próximos 30 días; huir de violencia doméstica, violencia en el noviazgo, agresión sexual, acoso u otras situaciones peligrosas, traumáticas o que pongan en riesgo su vida relacionadas con dicha violencia.

Y

☐ El miembro tiene al menos una necesidad física, de salud del comportamiento o del desarrollo compleja sin la capacidad de controlarla por sí mismo de manera adecuada y para la cual la coordinación de servicios probablemente mejoraría los resultados de salud y/o reduciría el uso de servicios de alto costo (incluye el embarazo o hasta 12 meses después del parto).

O BIEN

☐ Miembros autorizados para recibir Renta de transición.

3. ELIGIBILIDAD DEL MIEMBRO PARA ECM POR POBLACIÓN PRIORITARIA (cont.)

☐ **USO EVITABLE DEL HOSPITAL O DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS (EMERGENCY DEPARTMENT, ED): Adultos en riesgo del uso evitable del hospital o del ED**

Confirme que el miembro cumple uno o más los siguientes requisitos:

☐ Cinco o más visitas al departamento de emergencias (ED) en un período de seis meses que podrían haberse evitado con atención ambulatoria adecuada o un mejor cumplimento del tratamiento.

Y/O

☐ Tres o más hospitalizaciones no planificadas y/o estancias de corto plazo en un centro de enfermería especializada en un período de seis meses que podrían haberse evitado con atención ambulatoria adecuada o un mejor cumplimento del tratamiento.

☐ **TRASTORNO GRAVE DE SALUD MENTAL O POR CONSUMO DE SUSTANCIAS: Adultos con necesidades relacionadas con un trastorno grave de salud mental y/o un trastorno por consumo de sustancias (Substance Use Disorder, SUD)**

Confirme que el miembro cumple con <u>todos</u> los siguientes requisitos:

☐ Cumple con los requisitos de elegibilidad para participar en, o recibir servicios a través de:

- ☐ Servicios especializados de salud mental (Specialty Mental Health Services, SMHS) prestados por un plan de salud mental (Mental Health Plan, MHP);
- ☐ El Sistema de Suministro Organizado de Medicamentos de Medi-Cal (Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS); **o**
- ☐ El Programa Medicamentos de Medi-Cal (Drug Medi-Cal, DMC);

Y

☐ Presenta al menos un factor social complejo que afecta su salud (por ejemplo, falta de acceso a alimentos, falta de acceso a una vivienda estable, incapacidad para trabajar o participar en la comunidad, una puntuación alta, de cuatro a más, en la evaluación de Experiencias adversas en la infancia (Adverse Childhood Events, ACE), antecedentes de cuidado de crianza temporal de joven o historial de contactos recientes con las autoridades relacionados con síntomas de salud mental y/o consumo de sustancias);

Y

☐ Cumple con uno o más de los siguientes requisitos:

- ☐ Tiene alto riesgo de institucionalización, sobredosis y/o suicidio;
- ☐ Utiliza los servicios de crisis, el departamento de emergencias (ED), los centros de cuidado urgente o las hospitalizaciones como fuente principal de atención médica;
- ☐ Ha tenido dos o más visitas al departamento de emergencias (ED) o dos o más hospitalizaciones debido a una enfermedad mental grave o un trastorno por consumo de sustancias (SUD) en los últimos 12 meses.

3. ELIGIBILIDAD DEL MIEMBRO PARA ECM POR POBLACIÓN PRIORITARIA (cont.)

☐ **RELACIÓN CON EL SISTEMA JUDICIAL: Adultos en proceso de reintegrarse tras estar en la cárcel durante los últimos 12 meses**

Confirme que el miembro cumple con <u>todos</u> los siguientes requisitos:

- ☐ Está en proceso de salir o salió de un centro penitenciario (por ejemplo, una prisión, cárcel o centro correccional para menores) en los últimos 12 meses;

  Y

- ☐ Tiene al menos una de las siguientes afecciones o situaciones: enfermedad mental, trastorno por consumo de sustancias (SUD), una enfermedad crónica, una afección clínica importante que no sea crónica, una discapacidad intelectual o del desarrollo (Intellectual or Developmental Disabilities, I/DD), una lesión cerebral traumática (Traumatic Brain Injury, TBI) VIH/SIDA, embarazo o período posparto.

☐ **INGRESO EN UN CENTRO DE ATENCIÓN A LARGO PLAZO (LONG-TERM CARE, LTC): Adultos que viven en la comunidad y están en riesgo de ingresar en un centro de atención a largo plazo**

Confirme que el miembro cumple con <u>todos</u> los siguientes requisitos:

- ☐ Vive en la comunidad y cumple con los requisitos para el nivel de atención en un centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF), o necesita servicios de enfermería especializada menos intensos, como servicios médicos y de enfermería por tiempo limitado o de manera intermitente, apoyo y/o equipo para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad o lesión aguda;

  Y

- ☐ Presenta activamente al menos un factor social o ambiental complejo que influye en su salud (los cuales incluyen, entre otros: la necesidad de ayuda con las actividades de la vida diaria, dificultades de comunicación, acceso a alimentos, acceso a una vivienda estable, vivir solo, la necesidad de una tutela o toma de decisiones guiada, cuidado deficiente o inadecuado que puede evidenciarse como falta de supervisión de la seguridad);

  Y

- ☐ Puede residir de manera continua en la comunidad con apoyos integrales.

☐ **RESIDENTES DE CENTROS DE ENFERMERÍA QUE ESTÁN REINTEGRÁNDOSE A LA COMUNIDAD: Residentes adultos de centros de enfermería que están reintegrándose a la comunidad**

Confirme que el miembro cumple con <u>todos</u> los siguientes requisitos:

- ☐ Es residente de un centro de enfermería interesado en salir de la institución;

  Y

3. ELIGIBILIDAD DEL MIEMBRO PARA ECM POR POBLACIÓN PRIORITARIA (cont.)
☐ Es candidato con altas probabilidades de salir de esta institución satisfactoriamente; **Y** ☐ Puede vivir de manera continua en la comunidad.
☐ **EQUIDAD DE NACIMIENTO: Personas embarazadas o en período posparto en riesgo de resultados perinatales adversos**
Confirme que la miembro cumple con <u>todos</u> los siguientes requisitos: ☐ Está embarazada o se encuentra en el período posparto (hasta 12 meses después del parto); **Y** ☐ Está expuesta a desigualdades raciales y étnicas, según lo establecido por los datos de salud pública de California sobre morbilidad y mortalidad materna.

4. INSCRIPCIÓN EN OTROS PROGRAMAS Y SERVICIOS (OPCIONAL)

Por favor use la siguiente tabla **opcional** para indicar otros programas y servicios que el miembro está recibiendo bajo Medi-Cal. Algunos servicios de Medi-Cal pueden requerir coordinación con ECM. Como otros servicios de Medi Cal pueden ofrecer apoyo similar al de ECM, los miembros pueden quedar excluidos de recibir ECM y estos servicios similares simultáneamente. CalOptima Health revisará la siguiente información y determinará si el miembro califica para recibir ECM. CalOptima Health es responsable de determinar la elegibilidad para ECM, y no la persona remitente.

Si el miembro está inscrito en cualquier otro programa de atención médica administrada o de coordinación que, en la medida del conocimiento de la persona remitente, requiriera coordinación con ECM (por ejemplo Servicios para Niños de California, Administración específica de casos dentro de los Servicios especializados de salud mental, etc.), comparta esta información adicional en la Sección 5: Comentarios adicionales. **Deje en blanco todos los campos que no correspondan en la medida de su conocimiento.**

PROGRAMAS	
☐ Plan para miembros con necesidades especiales de doble elegibilidad (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP)	☐ Cuidados paliativos
☐ Planes para miembros con necesidades especiales completamente integrados (Fully Integrated Special Needs Plans, FIDE-SNPs)	☐ Programa de Atención Integral para Personas de la Tercera Edad (Program For All Inclusive Care for the Elderly, PACE)
☐ Programa de Servicios Múltiples para Personas Mayores (Multipurpose Senior Services Program, MSSP)	☐ Programa de autodeterminación para personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo (Intellectual or Developmental Disability, I/DD)
☐ Exención de ayuda de vivienda asistida (Assisted Living Waiver, ALW)	☐ Programa de transición a la comunidad de California (California Community Transitions, CCT)
☐ Exención de alternativas basadas en el hogar y en la comunidad (Home and Community-Based Alternatives, HCBA)	☐ Exención para personas con VIH/SIDA

5. COMENTARIOS ADICIONALES:	
Utilice esta sección para brindar comentarios adicionales para las Secciones 1 a 4, según sea necesario.	

6. INFORMACIÓN PARA EL ENVÍO Y PASOS A SEGUIR

Al enviar este formulario, la persona remitente certifica, en la medida de su conocimiento, que la información que se presenta en este formulario es correcta.

Envíe el Formulario de referencia para ECM completo a CalOptima Health por correo electrónico a CalAIMReferral@caloptima.org o por fax al 1-714-338-3145. Después de recibir el formulario, CalOptima Health tomará una decisión sobre la autorización para ECM en un plazo de 7 días calendario para las referencias de rutina y 72 horas para las referencias urgentes. Si califica, un proveedor de ECM se comunicará con el miembro para confirmar su interés en ECM y finalizar la inscripción.

FORMULARIO DE REFERENCIA A ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN MEJORADA (ENHANCED CARE MANAGEMENT, ECM) PARA NIÑOS Y JÓVENES

Llene las secciones 1 a 6. Si hay alguna sección obligatoria que no puede completar, llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health gratuitamente al 1-800-587-8088 (TTY 711) para obtener ayuda adicional antes de enviar este formulario. CalOptima Health está disponible de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5:30 p. m. La llamada es gratuita. Visítenos en línea en *www.caloptima.org*. Puede obtener este Formulario de referencia a ECM y otros materiales del plan en otros idiomas sin costo alguno para usted. CalOptima Health proporciona traducciones escritas realizadas por traductores calificados. Llame al 1-888-587-8088 (TTY 711). La llamada es gratuita.

1. INFORMACIÓN DEL MIEMBRO	***El asterisco (*) indica que es información obligatoria.***
Fecha de la referencia*	
Tipo de referencia*	☐ Rutina ☐ Acelerada
Plan de atención médica administrada del miembro*	
Nombre del miembro*	
Apellido del miembro*	
Número de identificación de cliente (CIN) de Medi-Cal del miembro	
Número de identificación del Plan de atención médica administrada del miembro	
Fecha de nacimiento del miembro (MES/DÍA/AÑO)*	
Número de teléfono principal del miembro*	
Idioma preferido del miembro	
Nombre del médico general del miembro	
Dirección residencial del miembro	☐ Marque esta casilla si no un domicilio fijo. Si está disponible, indique los lugares que el miembro visita con frecuencia.

Ciudad de residencia del miembro	
Código postal de residencia del miembro	
Correo electrónico del miembro	
Mejor forma para comunicarse con el miembro/cuidador (teléfono o correo electrónico)	☐ Teléfono ☐ Correo electrónico
La mejor hora para contactar al miembro/cuidador	
Nombre del padre/madre/tutor legal/cuidador (si corresponde)	
Número de teléfono del padre/madre/tutor legal/cuidador (si corresponde)	
Correo electrónico del padre/madre/tutor legal/cuidador (si corresponde)	

2. FUENTE DE INFORMACIÓN DE LA REFERENCIA	
Nombre de la organización remitente*	
Número de identificación nacional del proveedor (NPI) de la organización remitente	
Nombre de la persona remitente*	
Título de la persona remitente	
Número de teléfono de la persona remitente*	
Dirección de correo electrónico de la persona remitente*	
Relación de la persona remitente con el miembro*	☐ Proveedor médico ☐ Proveedor de servicios sociales ☐ Otro: **Proporcione información adicional en la Sección 5: Comentarios adicionales**

SOCIOS COMUNITARIOS (SOLO PROVEEDORES QUE NO SON ECM)	**¿Cuenta el miembro con un proveedor de ECM preferido?** Elija una de las siguientes opciones: ☐ Sí, este miembro cuenta un proveedor de ECM preferido Administrador(a) de atención de ECM preferido(a) _____ Organización del proveedor de ECM preferido _____ ☐ No, este miembro no tiene un proveedor de ECM preferido
SOLO PROVEEDORES ECM	**¿Recomienda la organización remitente ser asignada como el proveedor comunitario esencial (Essential Community Provider, ECP) del miembro?** Elija una de las siguientes opciones: ☐ Sí, nuestra organización debe ser el proveedor de ECM del miembro ☐ No, nuestra organización recomienda que este miembro sea asignado a otro proveedor de ECM con base a sus necesidades **Proporcione información adicional en la Sección 5: Comentarios adicionales.** ☐ No, este miembro quiere otro proveedor de ECM preferido Administrador(a) de atención de ECM preferido(a) _____ Organización del proveedor de ECM preferido _____

3. ELIGIBILIDAD DEL MIEMBRO PARA ECM POR POBLACIÓN PRIORITARIA

ELIGIBILIDAD DE NIÑOS Y JÓVENES (MENORES DE 21 AÑOS) O FAMILIAS SIN VIVIENDA PARA ECM: MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN

Si el miembro que está siendo remitido es un niño, joven o familia sin vivienda, revise cada indicador y marque todas las opciones que correspondan según las definiciones de Poblaciones Prioritarias para niños y jóvenes. Esto ayudará a CalOptima Health a determinar si la persona califica para recibir ECM y a comprender, lo mejor posible, las necesidades del niño, joven o de la familia. Deje en blanco todos los indicadores que no correspondan, en la medida de su conocimiento.

Si está remitiendo a un niño o joven que está experimentando falta de vivienda y sus familiares o cuidadores también están experimentando falta de vivienda y tienen cobertura a través de la atención administrada de Medi-Cal, considere referir a todos los familiares o cuidadores para que reciban servicios de ECM. Se recomienda que los Planes de atención médica administrada trabajen con los proveedores de ECM para atender a la unidad familiar en conjunto cuando sean remitidos por experimentar falta de vivienda.

Si no está seguro si un miembro califica para ECM, llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health gratuitamente al **1-800-587-8088** (TTY **711**). CalOptima Health está disponible de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5:30 p. m. La llamada es gratuita. Visítenos en línea en *www.caloptima.org*.

☐ **FALTA DE VIVIENDA: Familias sin vivienda, o niños o jóvenes sin compañía de adultos y que experimentan falta de vivienda**

Confirme que el miembro cumple al menos con uno de los siguientes requisitos:

☐ Niños, jóvenes o familia con miembros menores de 21 años que experimentan falta de vivienda definida como tal al cumplir con una o más de las siguientes condiciones: no tener una residencia fija, regular y adecuada para pasar la noche; tener como residencia principal un lugar público o privado que no está diseñado ni se utiliza normalmente como lugar para dormir, como un automóvil, un parque, un edificio abandonado, una estación de autobús o tren, un aeropuerto o zona para acampar; vivir en un albergue supervisado, público o privado, destinado a brindar alojamiento temporal (incluidos hoteles y moteles pagados por programas federales, estatales o locales para personas de bajos ingresos o por organizaciones benéficas), albergues colectivos o viviendas de transición; salir de una institución sin tener vivienda, independientemente del tiempo que haya permanecido en la institución; estar en riesgo inminente de perder su vivienda en los próximos 30 días; huir de violencia doméstica, violencia en el noviazgo, agresión sexual, acoso u otras situaciones peligrosas, traumáticas o que pongan en riesgo su vida relacionadas con dicha violencia.

O BIEN

☐ Niños, jóvenes o familia comparten la vivienda de otras personas (por ejemplo, duerme en el sofá) debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas o un motivo similar; o viven en un motel, hotel, parque para casa móvil o zona para acampar debido a la

falta de otras opciones de alojamiento adecuadas; o viven en albergues de emergencia o transición, o permanecen en un hospital porque no cuenta con un lugar seguro para ser dado de alta.

O BIEN

☐ Miembros autorizados para recibir Renta de transición.

☐ USO EVITABLE DEL HOSPITAL O DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS (EMERGENCY DEPARTMENT, ED): Niños y jóvenes en riesgo del uso evitable del hospital o del ED

Confirme que el miembro cumple <u>uno o más</u> los siguientes requisitos:

☐ El niño o joven ha tenido tres o más visitas al departamento de emergencias en un período de 12 meses que podrían haberse evitado con atención ambulatoria adecuada o con mejor cumplimiento del tratamiento.

Y/O

☐ El niño o joven ha tenido dos o más hospitalizaciones no planificadas y/o estancias de corto plazo en un centro de enfermería especializada en un período de 12 meses que podrían haberse evitado con atención ambulatoria adecuada o un mejor cumplimento del tratamiento.

☐ TRASTORNO GRAVE DE SALUD MENTAL O POR CONSUMO DE SUSTANCIAS: Niños y jóvenes con necesidades relacionadas con un trastorno grave de salud mental y/o un trastorno por consumo de sustancias (Substance Use Disorder, SUD)

Confirme que el miembro cumple con los requisitos de elegibilidad y/o está recibiendo servicios de al menos uno de los siguientes programas:

☐ Servicios especializados de salud mental (Specialty Mental Health Services, SMHS) prestados por un plan de salud mental (Mental Health Plan, MHP).

☐ El Sistema de Suministro Organizado de Medicamentos de Medi-Cal (Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS) o El Programa Medicamentos de Medi-Cal (Drug Medi-Cal, DMC).

☐ RELACIÓN CON EL SISTEMA JUDICIAL: Niños y jóvenes en proceso de reintegrarse después de estar en un centro correccional para menores

Confirme que el miembro cumple con el siguiente requisito:

☐ Niños y jóvenes menores de 21 años, o jóvenes entre 18 y 26 años que estuvieron en cuidado de crianza temporal y que están en proceso de reintegración desde un centro correccional para menores o una cárcel o prisión para adultos, o que hicieron esa transición durante los últimos 12 meses.

☐ **CCS O MODELO DE DESARROLLO INFANTIL INTEGRAL PARA NIÑOS DE CCS: Niños y jóvenes inscritos en Servicios para Niños de California (California Children's Services, CCS) o en el Modelo de Desarrollo Infantil Integral para Niños (Whole Child Model, WCM) de CCS con necesidades adicionales más allá de la afección cubierta por CCS**

Confirme que el miembro cumple con todos los siguientes requisitos:

☐ Está inscrito en CCS o en el WCM de CCS.

Y

☐ Presenta al menos un factor social complejo que afecta su salud. Algunos ejemplos incluyen, entre otros: falta de acceso a alimentos, falta de acceso a una vivienda estable, dificultades para tener acceso al transporte, una puntuación alta, de cuatro o más, en la evaluación de Experiencias adversas en la infancia (Adverse Childhood Experiences, ACE), historial de contactos recientes con las autoridades o con servicios de intervención en crisis relacionados con síntomas de salud mental, antecedentes de cuidado de crianza temporal de joven y/o síntomas relacionados con el consumo de sustancias.

☐ **CUIDADO DE CRIANZA: Niños y jóvenes que reciben servicios del sistema de bienestar infantil**

Confirme que el miembro cumple con <u>uno o más</u> de los siguientes requisitos:

☐ Es menor de 21 años y actualmente recibe servicios de cuidado de crianza en California;

Y/O

☐ Es menor de 21 años y anteriormente recibió servicios de cuidado de crianza en California o en otro estado en los últimos 12 meses;

Y/O

☐ Es menor de 26 años y dejó de recibir servicios de cuidado de crianza por alcanzar la edad límite (estuvo en cuidado de crianza al cumplir 18 años o después) en California u otro estado;

Y/O

☐ Es menor de 18 años y califica para participar y/o participa en el Programa de Asistencia para la Adopción de California;

Y/O

☐ Es menor de 18 años y actualmente recibe o recibió servicios del programa de Mantenimiento Familiar de California en los últimos 12 meses.

☐ **EQUIDAD DE NACIMIENTO: Personas embarazadas o en período posparto en riesgo de resultados perinatales adversos**

Confirme que la miembro cumple con todos los siguientes requisitos:

☐ Está embarazada o se encuentra en el período posparto (hasta12 meses después del parto);

Y

☐ Presenta desigualdades raciales y étnicas, según la definición de los datos de salud pública de California sobre morbilidad y mortalidad materna.

4. INSCRIPCIÓN EN OTROS PROGRAMAS Y SERVICIOS

Por favor use la siguiente tabla **opcional** para indicar otros programas y servicios que el miembro está recibiendo bajo Medi-Cal. Algunos servicios de Medi-Cal pudieran requerir de coordinación con ECM. Como otros servicios de Medi-Cal pueden ofrecer apoyo similar al de ECM, los miembros pueden quedar excluidos de recibir ECM y estos servicios similares simultáneamente. CalOptima Health revisará la siguiente información y determinará si el miembro califica para recibir ECM. CalOptima Health es responsable de determinar la elegibilidad para ECM, y no la persona remitente.

Si el miembro está inscrito en cualquier otro programa de atención médica administrada o de coordinación que, en la medida del conocimiento de la persona remitente, requiriera coordinación con ECM (por ejemplo Servicios para Niños de California, Administración específica de casos dentro de los Servicios especializados de salud mental, etc.), comparta esta información adicional en la Sección 5: Comentarios adicionales. **Deje en blanco todos los campos que no correspondan en la medida de su conocimiento.**

PROGRAMAS	
☐ Plan para miembros con necesidades especiales de doble elegibilidad (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP)	☐ Cuidados paliativos
☐ Planes para miembros con necesidades especiales completamente integrados (Fully Integrated Special Needs Plans, FIDE-SNPs)	☐ Programa de Atención Integral para Personas de la Tercera Edad (Program For All Inclusive Care for the Elderly, PACE)
☐ Programa de Servicios Múltiples para Personas Mayores (Multipurpose Senior Services Program, MSSP)	☐ Programa de auto determinación para personas con discapacidad intelectual o de desarrollo (Intellectual or Developmental Disability, I/DD)
☐ Exención de ayuda de vivienda asistida (Assisted Living Waiver, ALW)	☐ Programa de transición a la comunidad de California (California Community Transitions, CCT)
☐ Exención de alternativas basadas en el hogar y en la comunidad (Home and Community-Based Alternatives, HCBA)	☐ Exención para personas con VIH/SIDA

5. COMENTARIOS ADICIONALES:	
Utilice esta sección para brindar comentarios adicionales para las Secciones 1 a 4, según sea necesario.	

6. INFORMACIÓN PARA EL ENVÍO Y PASOS A SEGUIR

Al enviar este formulario, la persona remitente certifica, en la medida de su conocimiento, que la información que se presenta en este formulario es correcta.

Envíe el Formulario de referencia para ECM completo a CalOptima Health por correo electrónico a CalAIMReferral@caloptima.org o por fax al 1-714-338-3145. Después de recibir el formulario, CalOptima Health tomará una decisión sobre la autorización para ECM en un plazo de 7 días calendario para las referencias de rutina y 72 horas para las referencias urgentes. Si califica, un proveedor de ECM se comunicará con el miembro para confirmar su interés en ECM y finalizar la inscripción.