

## Coordinación con los servicios médicos de atención primaria y de salud del comportamiento

La coordinación de atención entre los profesionales de atención de salud del comportamiento y los profesionales de atención de salud es necesaria para optimizar la salud en general de un cliente. Los Servicios de Salud del Comportamiento (BHS, Behavioral Health Services) valoran y anticipan la coordinación de atención con los profesionales de atención de salud, el nexo de los clientes con sus centros médicos permanentes, la adquisición de información del profesional de atención primaria (PCP, primary care provider) y la captura de toda la información en el expediente de salud del comportamiento del cliente. Con la reforma de atención de salud, los profesionales de BHS deberán adicionalmente fortalecer los esfuerzos de integración al mejorar la coordinación de atención con los profesionales de atención primaria. Es obligatorio solicitar la autorización del cliente o del tutor legal para intercambiar información con los profesionales de atención primaria, y al recibir la autorización, es necesario comunicarse con los profesionales de atención primaria. **Los profesionales del Condado deberán utilizar el *Formulario de coordinación y/o derivaciones de salud física y del comportamiento* y el *Formulario actualizado*, mientras que los profesionales contactados pueden obtener asesoría legal para determinar el formato para intercambiar la información requerida.**

Este requisito tiene una vigencia inmediata y el personal QI y COTR del condado realizará auditorias de acuerdo con esta norma a partir del año fiscal 2013-2014.

### Para todos los clientes:

#### Formulario de coordinación y/o derivación de salud física y del comportamiento:

- Obtener el consentimiento escrito del cliente/tutor en el *Formulario de coordinación y/o derivación de salud física y del comportamiento* / formulario del contratista identificado durante la admisión, en un máximo de 30 días después de la apertura del episodio.
- Para los clientes que no tienen un PCP, el profesional deberá ponerse en contacto con ellos en un centro médico permanente. El contratista iniciará el proceso al llenar el *Formulario de coordinación y/o derivación de salud física y del comportamiento* / formulario del contratista y enviándolo al PCP dentro de los siguientes 30 días de la apertura del episodio. Es muy importante contar con el nombre específico del médico tratante.
- Los usuario del formulario deberán marcar el casillero correspondiente en la parte superior del *Formulario de coordinación y/o derivación de salud física y del comportamiento* / formulario del contratista, indicando si se trata de una derivación para atención física; una derivación para atención física y administración de medicamento; una derivación para atención de salud total; o solamente una notificación de coordinación de atención. Si se trata de una derivación para atención de salud física o atención de salud física y administración de medicamentos, escriba el nombre de su programa en el espacio en blanco y seleccione el tipo de programa apropiado.

#### Formulario actualizado de coordinación de salud física y del comportamiento:

- Actualice y envíe el *Formulario actualizado de coordinación de salud física y del comportamiento* / formulario del contratista si existen cambios importantes como una adición, un cambio o una suspensión de medicamento.
- Notifique al PCP cuando el cliente se dé de alta de los servicios al enviar el *Formulario actualizado de coordinación de salud física y del comportamiento* / formulario del contratista. Debe llenar el formulario antes de terminar con el resumen de alta.



## Recordatorios de seguimiento:

- Los usuarios del formulario deberán contar con un sistema establecido para darle seguimiento a la fecha de autorización para liberar/intercambiar información.
- Los usuarios del formulario deberán contar con un sistema establecido para darle seguimiento y adherirse a cualquier revocación de la autorización para liberar/intercambiar información.
- Los usuarios del formulario deberán contar con un sistema establecido para darle seguimiento y discontinuar la liberación/intercambio de información al culminar la relación de tratamiento. Al culminar el tratamiento el profesional solamente podrá comunicar la conclusión del tratamiento sin embargo no podrá dar la razón de la conclusión.



**Formulario de coordinación y/o derivación de salud física  
y del comportamiento**

- Derivación para atención de salud *física* – [ Program Name ] continuará proporcionando servicios especiales de salud del comportamiento
- Salud mental       Alcohol y drogas
- Derivación para atención de salud *física* y administración de medicamento – [ Program Name ] continuará proporcionando servicios especiales limitados de salud del comportamiento
- Salud mental       Alcohol y drogas
- Derivación para atención de salud *total* – [ Program Name ] ya no se proporcionarán servicios especiales de salud del comportamiento. Disponible para consulta psiquiátrica.
- Solamente para notificación de coordinación de atención.

**Sección A: INFORMACIÓN DEL CLIENTE**

Nombre del cliente: Apellido Nombre      Inicial segundo nombre	Alias	<input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer
Domicilio	Fecha de nacimiento	
Ciudad	No. de teléfono	
Código postal	No. de teléfono alternativo	

**Sección B: INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO**

Nombre del profesional de tratamiento:	Nombre del psiquiatra tratante (si corresponde)
Agencia/Programa	
Domicilio	Ciudad, estado, código postal
No. de teléfono	No. de fax seguro del profesional específico o dirección segura de correo electrónico:
Fecha de evaluación inicial:	
Enfoque del tratamiento ( <i>Use una nota adicional de progreso si es necesario</i> )	
Gerente del caso/ Clínico de salud mental/ Consejero de alcohol y drogas/ Gerente del programa:	Enfermera de salud del comportamiento: Teléfono:



Fecha en que vio por última vez	Diagnóstico de salud mental:  Diagnóstico relacionado con alcohol y drogas:
---------------------------------	---

Síntomas actuales de salud mental y física (*Use notas de progreso adicionales si es necesario*)

Salud mental actual y medicamento y dosis no psiquiátricas  
*(Use notas de medicamento adicional y progreso si es necesario)*

Ultima hospitalización psiquiátrica  
 Fecha:  Ninguna

**Sección C: INFORMACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA**

Nombre del profesional

Organización O grupo médico

Domicilio

Ciudad, estado, código postal

No. teléfono:	No. fax seguro del profesional específico o dirección segura de correo electrónico:
---------------	---

**Sección D: A RELLENAR POR EL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA ACEPTADO PARA TRATAMIENTO O DERIVADO DE REGRESO AL PROGRAMA SDCBHS (LLENE POR FAVOR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN Y REGRÉSELA AL PROFESIONAL DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO DENTRO DE DOS SEMANAS AL ACUSE DE RECIBO)**

Notificación de coordinación de atención recibida.  
 Si esta es una derivación de atención primaria, indique por favor la respuesta apropiada a continuación:

1.  Paciente aceptado solo para tratamiento de salud física.
2.  Paciente aceptado para atención física y tratamiento con medicamento psicotrópico mientras que los servicios adicionales continúan con el programa de salud del comportamiento.
3.  Paciente aceptado para atención física total incluyendo tratamiento con medicamento psicotrópico.



4.  Paciente no aceptado para tratamiento con medicamento psicotrópico y derivado de nuevo debido a:

**Información confidencial:** Comprendo que la información en mi expediente puede incluir información relacionada con enfermedades transmitidas sexualmente, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o infección con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud mental o tratamiento contra el abuso de alcohol y drogas.

**Derecho a la revocación:** Entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización lo debo hacer por escrito. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido divulgada con base a esta autorización.

**Copia o fax:**

Estoy de acuerdo en que una copia o un fax de esta autorización tendrá el mismo efecto que el documento original.

**Divulgación por terceros:** Si yo he autorizado la divulgación de mi información de salud a alguien que no está legalmente obligado a mantenerla con carácter confidencial, comprendo que se puede divulgar a terceros y ya no será información protegida. La ley de California prohíbe que los receptores de mi información de salud divulguen a terceros dicha información a excepción de que cuenten con mi autorización escrita o al ser específicamente requerido o permitido por ley.

**Otros derechos:** Entiendo que la autorización de divulgación de esta información de salud es voluntaria. Yo me puedo negar a firmar esta autorización. Yo no necesito firmar este formulario para asegurar el tratamiento. Entiendo que puedo inspeccionar u obtener una copia de la información que se usará o divulgará, como lo establece la sección 164.524 del código 45 de las Regulaciones Federales.

**FIRMA DEL INDIVIDUO O REPRESENTANTE LEGAL**

FIRMA:

FECHA:

**Nombre del cliente (imprima o escriba claramente)**

**Apellido:**

**Nombre:**

**Segundo nombre:**

SI LA FIRMA EL REPRESENTANTE LEGAL, ESCRIBA EL NOMBRE:

RELACIÓN CON EL INDIVIDUO:

**Vencimiento:** A menos que se revoque, esta autorización vencerá en la siguiente fecha, evento o padecimiento:

**Si no se especifica una fecha de vencimiento, evento o padecimiento, esta autorización se vencerá en un (1) año calendario a partir de la fecha en que se firmó, o 60 días después de la culminación del tratamiento.**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Información incluida en este formulario  | <input type="checkbox"/> Informes/resumes de alta                         |
| <input type="checkbox"/> Medicamento y plan de tratamiento actual | <input type="checkbox"/> Resultados de pruebas de laboratorio/diagnóstico |
| <input type="checkbox"/> Valoraciones de dependencia a sustancias | <input type="checkbox"/> Historial médico                                 |
| <input type="checkbox"/> Informe de valoraciones /evaluación      | <input type="checkbox"/> Otro _____                                       |



*La persona que firmó arriba autoriza al profesional de salud del comportamiento y al profesional de salud física a que libere los expedientes médicos y la información/actualizaciones relacionadas con el paciente. El propósito de dicha liberación es para permitir la coordinación de atención, lo cual mejora la calidad y reduce el riesgo de duplicación de pruebas e interacciones de medicamento. Negarse a proporcionar el consentimiento podría afectar la coordinación eficaz de atención.*

**Me gustaría contar con una copia de esta autorización**  **Sí**  **No**  
**Iniciales de los clientes/tutores**

**➔ Coloque por favor una copia de este formulario en el expediente de su cliente**

**PARA CONTACTAR UN REPRESENTANTE DEL PLAN**

Care1st Health Plan  
 (800) 605-2556

Community Health Group  
 (800) 404-3332

Health Net  
 (800) 675-6110

Kaiser Permanente  
 (800) 464-4000

Molina Healthcare  
 (888) 665-4621

Access & Crisis Line  
 (888) 724-7240





**FORMULARIO ACTUALIZADO DE COORDINACIÓN DE SALUD FÍSICA Y DEL COMPORTAMIENTO**

<b>NOMBRE DEL CLIENTE</b>		
Apellido	Nombre	Segundo nombre
Fecha de nacimiento	<input type="radio"/> Hombre	<input type="radio"/> Mujer
<b>ACTUALIZACIÓN DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO</b>		Fecha:
Nombre del profesional tratante	Teléfono	FAX
Nombre del psiquiatra tratante (si corresponde)	Teléfono	FAX
<input type="checkbox"/> Medicamentos recetados en _____ Fecha	Nombre/Dosis: _____	
<input type="checkbox"/> Medicamentos cambiados en _____ Fecha	Nombre/Dosis: _____	
<input type="checkbox"/> Medicamentos descontinuados en _____ Fecha	Nombre/Dosis: _____	
<input type="checkbox"/> Medicamentos recetados en _____ Fecha	Nombre/Dosis: _____	
<input type="checkbox"/> Medicamentos cambiados en _____ Fecha	Nombre/Dosis: _____	
<input type="checkbox"/> Medicamentos descontinuados en _____ Fecha	Nombre/Dosis: _____	
<input type="checkbox"/> Actualización de diagnóstico :		
<input type="checkbox"/> Actualización de información clave:		
<input type="checkbox"/> Fecha de alta del tratamiento:		
<input type="checkbox"/> Recomendaciones de seguimiento:		
<b>ACTUALIZACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA</b>		
Proporcione por favor cualquier actualización/cambio relevante al estado de salud física del paciente.		