

Koordinasyon sa pagitan ng Primary Care Physicians at Behavioral Health Services

Ang koordinasyon ng pag-aalaga sa pagitan ng behavioral health care providers at health care providers ay kinakailangan para mapagbuti ang pangkalahatang kalusugan ng kliyente. Mahalaga sa Behavioral Health Services (BHS) at inaasahan nito ang koordinasyon sa pagitan ng health care providers, pati na rin ang pag-uugnay ng mga kliyente sa medical homes, ang pagkuha ng impormasyon tungkol sa primary care provider (PCP) at ang paglagay ng lahat ng impormasyon sa behavioral health record ng kliyente. Sa reporma sa healthcare, ang BHS providers ay lalong magsusumikap tungo sa integrasyon sa pamamagitan ng pagpapabuti ng koordinasyon ng pangangalaga sa pagitan ng mga primary care providers. Ang paghiling ng pahintulot mula sa kliyente/tagapag-alaga para magpalitan ng impormasyon ang mga primary care providers ay ipinag-uutos, at pag nabigay ang pahintulot, ang pakikipag-uugnayan sa mga primary care providers ay kinakailangan. **Dapat gamitin ng County providers ang Form para sa Koordinasyon at/o Referral ng Pangangalaga sa Kalusugang Pisikal at Pagkilos at Update Form**, habang ang mga kinontratang providers ay maaaring makakuha ng legal na tagapayo o legal counsel para matiyak ang format na gagamitin para magpalitan ng mga kinakailangang impormasyon.

Ang utos na ito ay magiging epektibo kaagad at ang County QI staff at/o ang COTR ay i-audit ang pamantayang ito simula sa taong piskal ng 2013-2014.

Para sa lahat ng mga kliyente:

Form para sa Koordinasyon at/o Referral ng Pangangalaga sa Kalusugang Pisikal at Pagkilos:

- Kumuha ng nakasulat na pahintulot mula sa kliyente/tagapag-alaga sa *Form para sa Koordinasyon at/o Referral ng Pangangalaga sa Kalusugang Pisikal at Pagkilos*/contractor identified form sa intake, pero dapat na hindi lalampas sa 30 araw ng pagbubukas ng episode.
- Para sa mga kliyenteng walang PCP, ikokonekta sila ng provider sa isang medical home. Ang contractor ay sisimulan ang proseso at kukumpletuhin ang *Form para sa Koordinasyon at/o Referral ng Pangangalaga sa Kalusugang Pisikal at Pagkilos* /contractor form, at ipapadala ito sa loob ng 30 araw ng episode ng pagbubukas/pagbukas ng episode. Mahalagang magkaroon ng tiyak na pangalan ng tagapaggamot na doktor o treating physician.
- Ang mga gumagamit ng form ay dapat i-check ang naaangkop na kahon sa tuktok ng *Form para sa Koordinasyon at/o Referral ng Pangangalaga sa Kalusugang Pisikal at Pagkilos* /contractor form at dapat ipaalam kung ito ay isang referral para sa pangangalaga sa pisikal na kalusugan, isang referral para sa pangangalaga ng pisikal na kalusugan at pamamahala ng mga gamot, isang referral para sa kabuuang pangangalaga ng kalusugan, o abiso para sa koordinasyon ng pag-aalaga lamang. Kung ito ay isang referral para sa pangangalaga ng pisikal na kalusugan, o para sa pangangalaga ng pisikal na kalusugan at pamamahala ng mga gamot, i-type ang pangalan ng iyong programa sa patlang, at piliin ang naaangkop na uri ng programa.

Update Form para sa Koordinasyon ng Pangangalaga sa Kalusugang Pisikal at Pagkilos:

- I-update ang at ipadala ang *Update Form para sa Koordinasyon ng Pangangalaga sa Kalusugang Pisikal at Pagkilos* /contractor form kung may mga makabuluhang pagbabago tulad ng pagbabago, pagdaragdag, o pagtitigil ng gamot.
- Ipaalam sa PCP kapag tinanggal ang kliyente sa mga serbisyo sa pamamagitan ng pagpapadala ng *Update Form para sa Koordinasyon ng Pangangalaga sa Kalusugang Pisikal at Pagkilos* /contractor form. Ang form ay dapat na makumpleto bago kunpletuhin ang buod ng pagtanggap o discharge summary.



Mga paalala tungkol sa forms:

- Ang mga gagamit ng form ay may sistema para malaman ang expiration date o petsa ng pagtatapos ng pahintulot para magbigay o magpalitan ng impormasyon.
- Ang mga gagamit ng form ay sistema para malaman at sumunod sa anumang nakasulat na pagbawi ng pahintulot para magbigay o pagpalitan magpalitan ng impormasyon.
- Ang mga gagamit ng form ay may sistema malaman at bawiin ang pahintulot para magbigay o magpalitan ng impormasyon kapag nagwakas ang pagpapagamot. Sa pagwawakas ng pagpapagamot, maaari lamang ipag-alam ng provider na nagwakas na ang pagpapagamot, at hindi ang dahilan ng pagwakas.



Form/at o Referral para sa Koordinasyon ng Pangangalaga sa Kalusugang Pisikal at Pagkilos:

- Referral para sa pangangalaga sa kalusugang *pisikal* – [Program Name] ay patuloy na magbibigay ng serbisyong pangkalusugan sa pagkilos Kalusugang Pangkaisipan Alcohol at Pinagbabawal na Gamot
- Referral para sa pangangalaga sa kalusugang *pisikal* & pamamahala ng mga gamot – [Program Name] ay patuloy na magbibigay ng limitadong serbisyong pangkalusugan sa pagkilos Kalusugang Pangkaisipan Pinagbabawal na Gamot
- Referral para sa pangangalaga sa *buong* kalusugan [Program Name] ay hindi na magbibigay ng serbisyong pangkalusugan sa pagkilos. Pwedeng gamitin para sa psychiatric na pagkonsulta
- Abiso lang para sa koordinasyon ng pag-aalaga.

Seksyon A: IMPORMASYON NG KLIYENTE

Pangalan ng Kliyente: Apelyido Inisyal	Pangalan	AKA	<input type="radio"/> Lalake <input type="radio"/> Babae
Kalye	Petsa ng kapanganakan		
Lungsod	Telepono #		
Zip	Kahaliling Telepono #		

Seksyon B: IMPORMASYON ng BEHAVIORAL HEALTH PROVIDER

Pangalan ng Treatment Provider:	Pangalan ng Treating Psychiatrist (kung)
Ahensiya / Programa	
Kalye	Lungsod, Estado, Zip
Telepono #	Secure na fax # o email address ng provider:
Petsa ng unang pagtingin:	
Focus ng pagpapagamot (<i>Gumamit ng Karagdagang Progress Note kung kailangan</i>)	
Case Manager / Mental Health Clinician / Alcohol at Drug Counselor / Program Manager:	Behavioral Health Nurse: Telepono #:



Petsa ng Huling Pagtingin	Mga Diagnosis sa Kalusugang Pangkaisipan: Mga Diagnosis ukol sa Alkohol at Pinagbabawal na Gamot::
---------------------------	---

Kasalukuyang sintomas sa mental at pisikal na kalusugan (*Gumamit ng Karagdagang Progress Note kung kinakailangan*)

Kasalukuyang gamot at dosis na hindi pang-psychiatric, ngunit para sa mental na kalusugan (*Gumamit ng Karagdagang Progress Note kung kinakailangan*)

Huling pagpunta sa ospital dahil sa psychiatric na dahilan
 Petsa: Wala

Seksyon C: IMPORMASYON ng PRIMARY CARE PHYSICIAN

Pangalan ng Provider

Samahan O Medical Group

Kalye

Lungsod, Estado, Zip

Telepono #	Secure na fax # o email address ng provider:
------------	--

**Seksyon D: DAPAT PUNAN NG PRIMARY CARE PHYSICIAN
 TINANGGAP PARA SA PAGPAPAGAMOT o NAI-REFER ULIT SA PROGRAMANG
 SDCBHS (ILAGAY ANG MGA SUMUSUNOD NA IMPORMASYON AT IBALIK SA
 BEHAVIORAL HEALTH PROVIDER SA LOOB NG DALAWANG LINGGO MULA
 MATANGGAP ITO)**

Natanggap ang abiso sa Koordinasyon ng Pangangalaga.
 Kung ito ay isang primary care referral, ilagay ang naaangkop na sagot sa ibaba:

1. Tinanggap ang pasyente para sa pagpapagamot ng pisikal na kalusugan lang

2. Tinanggap ang pasyente para sa pagpapagamot ng pisikal na kalusugan at psychotropic medication na pagpapagamot habang tuloy ang mga karagdagang serbisyo sa behavioral health program

3. Tinanggap ang pasyente para sa pangkalahatang pangangalaga sa kalusugan kasama ang psychotropic medication na pagpapagamot

4. Hindi tinanggap ang pasyente para sa psychotropic medication na pagpapagamot at pinabalik dahil sa:



Sensitibong Impormasyon: Nauunawaan ko na ang impormasyon sa aking record o talaan ay maaaring magsama ng impormasyon na may kaugnayan sa mga sakit na nahahawa sa paraang sekswal o mga sexually transmitted diseases, acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), o impeksiyong kaugnay ng Human Immunodeficiency Virus (HIV). Maaari rin itong magsama ng impormasyon tungkol sa mga serbisyo sa pagpapagamot para sa alcohol at pinagbabawal na gamot.

Karapatang Bawiin: Nauunawaan kong mayroon akong karapatang bawiin ang pahintulot na ito anumang oras. Nauunawaan ko na kung bawiin ko ang pahintulot na ito, na dapat itong gawin na pasulat. Nauunawaan ko na ang pagbabawi ay hindi nalalapat sa mg aimpormasyon na inilabas na batay sa pahintulot na ito.

Photocopy o Fax:

Sumasang-ayon ako na ang isang photocopy o fax ng mga pahintulot na ito ay kasing-epektibo ng orihinal.

Muling Pagsisiwalat: Kung nagpahintulot ako sa pagsisiwalat ng aking impormasyon sa kalusugan sa isang tao na hindi legal na kinakailangan na panatiliin itong kumpidensyal, nauunawaan kong maaari itong isiwalat ulit at na hindi na ito protektado. Sa pangkalahatan, ang Batas ng California ay ipinagbabawal sa mga tumatanggap ng aking impormasyon sa kalusugan na muling isiwalat ang naturang impormasyon maliban kung may nakasulat na pahintulot mula sa akin o kung partikular na kinakailangan o pinahihintulutan ng batas.

Ibang Karapatan: Nauunawaan ko na ang pahintulot sa pagsisiwalat ng impormasyong ito sa kalusugan ay boluntaryo. Maaari kong tanggihang pirmahan ang pahintulot na ito. Hindi ko kailangang pirmahan ang form na ito para tiyakin ang pagpapagamot. Nauunawaan ko na maaari kong siyasin o kumuha ng kopya ng impormasyon na gagamitin o isisiwalat, bilang ibinigay sa 45 Code of Federal Regulations section 164.524.

PIRMA NG INDIBIDWAL O NG LEGAL REPRESENTATIVE

PIRMA:

PETSA:

Pangalan ng Kliyente (Paki-type o i-print nang malinaw)

Apelyido:

Pangalan:

Gitnang Pangalan:

KUNG PINIRMAHAN NG LEGAL NA KINATAWAN, ILAGAY ANG PANGALAN:

RELASYON SA INDIBIDWAL:

Pagtatapos: Maliban kung binawi, ang pahintulot na ito ay magtatapos sa mga sumusunod na petsa, kaganapan, o kundisyon: _____ Kung hindi ako maglagay ng petsa ng pagtatapos, kaganapan o kundisyon, ang pahintulot na ito ay mawawalan ng bisa matapos ang isang (1) taon sa kalendaryo mula sa petsang pagpirma nito, o 60 araw pagkatapos ng pagwawakas ng pagpapagamot.

- Impormasyon na nasa form na ito
- Kasalukuyang plano sa gamot at pagpapagamot
- Pagtatasa sa Substance Dependence
- Assessment / Evaluation Report

- Discharge Reports/Summaries
- Test Laboratory / Diagnostic Results
- Medical History
- Iba pa _____



Ang nakapirma sa itaas ay nagbibigay ng pahintulot sa behavioral health practitioner at physical health practitioner na isiwalat ang medical records at mga impormasyon/updates tungkol sa pasyente. Ang layunin ng nasabing pagsisiwalat ay para sa koordinasyon ng pag-aalaga, na pinapahusay ang kalidad at binabawasan ang pagdodoble ng mga tests at pagpapagamot. Ang pagtanggap magbigay ng pahintulot ay maaaring makapinsala sa epektibong koordinasyon ng pag-aalaga.

**Gusto ko ng isang kopya ng awtorisasyon Oo Hindi
Inisyal ng kliyente/tagapag-alaga**

→ Ilagay ang kopya ng form na ito sa chart ng iyong kliyente

PARA MAKONTAK ANG PLAN REPRESENTATIVE

Care1st Health Plan
(800) 605-2556

Community Health Group
(800) 404-3332

Health Net
(800) 675-6110

Kaiser Permanente
(800) 464-4000

Molina Healthcare Access & Crisis Line
(888) 665-4621 (888) 724-7240





UPDATE FORM PARA SA KOORDINASYON NG PANGANGALAGA SA KALUSUGANG PISIKAL AT PAGKILOS:

Pangalan ng Kliyente:		
Apelyido	Pangalan	Inisyal
Petsa ng kapanganakan		<input type="radio"/> Lalaki <input type="radio"/> Babae
BEHAVIORAL HEALTH UPDATE		
Pangalan ng Treating Provider		Telepono #: _____ FAX _____
Pangalan ng Treating Psychiatrist (Kung naaangkop)		Telepono #: _____ FAX _____
<input type="checkbox"/> Mga gamot na inireseta noong _____ Petsa		Pangalan / dosis: _____
<input type="checkbox"/> Mga gamot na binago noong _____ Petsa		Pangalan / dosis: _____
<input type="checkbox"/> Mga gamot na tinigil noong _____ Petsa		Pangalan / dosis: _____
<input type="checkbox"/> Mga gamot na inireseta noong _____ Petsa		Pangalan / dosis: _____
<input type="checkbox"/> Mga gamot na binago noong _____ Petsa		Pangalan / dosis: _____
<input type="checkbox"/> Mga gamot na tinigil noong _____ Petsa		Pangalan / dosis: _____
<input type="checkbox"/> Update ng Diagnosis:		
<input type="checkbox"/> Update ng Mahahalagang Impormasyon:		
<input type="checkbox"/> Petsa ng Pagtanggap mula sa Pagpapagamot o Discharge from Treatment:		
<input type="checkbox"/> Mga rekomendasyon sa follow-up:		
PRIMARY CARE PHYSICIAN UPDATE		
Ibigay ang anumang update /pagbabago sa status ng pisikal na kalusugan ng pasyente.		