

**SISTEMA DE CUIDADO DEL CONDADO DE LANE**

**WRAPAROUND (ASISTENCIA INTEGRAL)**

**FORMULARIO DE REFERENCIA**

**Fecha de referencia:** Oprima aquí para anotar la fecha.

**cliente:** Oprima aquí para anotar su texto

**Fecha de Nacimiento/Edad:** Oprima aquí para anotar su texto

**Raza/Etnia\*:** Oprima aquí para anotar su texto

*“El Condado de Lane y el Programa de Asistencia Integral busca apoyar a las personas de nuestra comunidad que han sido marginalizadas y debido a que la raza/etnia impacta de manera desproporcionada a las minorías, estamos registrando como apoyamos a estas comunidades.*

**Número de identificación de OHP:** Oprima aquí para anotar su texto

**Nombre de la persona con quien vive eL cliente):**Oprima aquí para anotar su texto

**Número de teléfono :** Oprima aquí para anotar su texto

**Domicilio:** Oprima aquí para anotar su texto

**Correo electrónico:** Oprima aquí para anotar su texto

**Relación con el/la joven:** Oprima aquí para anotar su texto

**GuArdián (Persona con la custodia legal):** Oprima aquí para anotar su texto

**Número de teléfono :** Oprima aquí para anotar su texto

**Domicilio:** Oprima aquí para anotar su texto

**Correo electrónico:** Oprima aquí para anotar su texto

**Relación con el/la joven:** Oprima aquí para anotar su texto

**Idioma de preferencia:** Oprima aquí para anotar su texto

**Agencia QUE ENVÍA LA REFERENCIA:** Oprima aquí para anotar su texto

**Nombre de la persona que la envía:** Oprima aquí para anotar su texto

**Relación con la familia de la persona que la envía:** Oprima aquí para anotar su texto

**Número de teléfono de la persona que la envía:** Oprima aquí para anotar su texto

**Correo electrónico de la persona que la envía:** Oprima aquí para anotar su texto

**Describa las fortalezas del/a joven y de la familia:**  Oprima aquí para anotar su texto. Por ejemplo estrategias de afrontamiento, resiliencia, optimismo, fortalezas familiares, habilidades interpersonales, apoyos naturales, relaciones duraderas, conexiones sociales, entorno educativo, vocación, etc.

**Diagnóstico de salud mental:** Oprima aquí para anotar su texto

**Describa los comportamientos actuales que interfieren con el éxito del/a joven en diferentes situaciones:** Oprima aquí para anotar su texto

**Describa los estresores que la familia está viviendo actualmente** Oprima aquí para anotar su texto

**Criteria de Wraparound (asistencia integral):**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ☐ | **Edad 0-17** | | | | | |
| ☐ | **Eligible para el Oregon Health Plan (Plan de Salud de Oregón):** | | | | | |
|  | ☐  ☐ | Trillium Community Health Plan  PacificSource Community Solutions - Lane | | | | |
| ☐ | **El consentimiento para evaluación ha sido firmado y está adjunto con la referencia** | | | | | |
| **Participación en dos o más de los siguientes sistemas:**  *\*Incluya una narrativa describiendo las necesidades del/a joven en relación con cada*  *sistema y la persona de contacto* | | | | | | |
| **SALUD MENTAL:** | | | ☐ | Oprima aquí para anotar su texto. Por ejemplo: la meta principal de la familia en relación con su salud mental; proveedor corriente; historia más reciente sobre el tratamiento de la salud mental. | | |
| **¿Tiene una evaluación de salud mental vigente (60 días) en su expediente?**  \*\*Si contestó que si y tiene acceso a estos documentos, por favor adjúntela a esta referencia\*\*  **¿Tiene un plan de seguridad en su archivo de salud?**  \*Si contestó que si y tiene acceso a estos documentos, por favor adjúntelo a esta referencia\*  **¿Ha estado en tratamiento residencial en los** **últimos 6 meses?** Oprima aquí para anotar su texto. Por ejemplo: fecha de salida, nombre de la institución, etc. | | | | |  |  |
| **DEPT. SERVICIOS JUVENILES/ AUTORIDAD JUVENIL DE OREGON:** | | | ☐ | Oprima aquí para anotar su texto. Por ejemplo: describa si hay intervención de parte de justicia juvenil o sistema legal, persona de contacto, etc. | | |
| **DHS BIENESTAR JUVENIL:** | | | ☐ | Oprima aquí para anotar su texto. Por ejemplo: información de contacto para el trabajador/a social, describa su participación con este sistema, etc. | | |
| **Crossover Youth** (Involucramiento en el sistema judicial y con el departamento de servicios sociales)**:** | | | ☐ |  | | |
| **SERVICIOS DE DISCAPACIDAD DE DESAROLLO:** | | | ☐ | Oprima aquí para anotar su texto. Por ejemplo: discapacidades que sospecha tiene o ya se ha diagnosticado que tiene, describa la relación con el/a joven o la familia y su estatus actual, persona de contacto, etc. | | |
| **DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS:** | | | ☐ | Oprima aquí para anotar su texto. Por ejemplo: específico al/a joven, historial de tratamiento, proveedor/a, etc. | | |
| **ESCUELA:** | | | ☐ | Oprima aquí para anotar su texto. Por ejemplo: nombre de la escuela, grado, relación con programas especializados- IEP (programa de educación individualizada), 504, etc. | | |
| **SALUD FÍSICA EN CONDICION CRÍTICA** | | | ☐ | Oprima aquí para anotar su texto. Por ejemplo: describa su salud física en condición crítica, diagnóstico médico, personal de salud que le atiende, persona de contacto, etc. | | |
| **OTRA PARTICIPACIÓN EN SISTEMAS FAMILIARES:** | | | ☐ | Oprima aquí para anotar su texto. Por ejemplo: inestabilidad para cubrir sus necesidades básicas como comida o alojamiento, O algunos otros sistemas como inmigración, empleo, etc. | | |

**WRAPAROUND (ASISTENCIA INTEGRAL) COMITÉ DE DETERMINACIÓN**

**CONSENTIMIENTO PARA EVALUACIÓN**

Entiendo que se ha hecho una recomendación para que mi joven y familia ingresen al programa de facilitación de Wraparound (Asistencia Integral).

El comité de determinación de Wraparound (Asistencia Integral) revisará la referencia y otros documentos enviados por el personal de salud o apoyo para determinar si el proceso de Wraparound es apropiado. Esto incluye la revisión de necesidades, apoyos, y agencias involucradas. Este comité está compuesto de representantes de las organizaciones de cuidado coordinado en el condado de Lane (Trillium Community Health Plan o PacificSource Community Solutions – Lane), Direction Service, Oregon Family Support Network (OFSN), Youth E.R.A., y Centro Latino Americano.

Entiendo que nuestra participación en el programa de facilitación de Wraparound (Asistencia Integral) es voluntaria y al firmar abajo yo doy permiso para que se revisen los documentos pertinentes para determinar la elegibilidad. Puedo revisar y dar mi opinión sobre la información que se incluye en esta forma enviada por la persona que está apoyando a mi familia. También entiendo que la información sobre nuestra salud está protegida por la ley federal y la ley estatal.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del/a joven (requisito si tiene más de 14 años) Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma de guardián/madre o padre Fecha

**DEVUELVA ESTE FORMULARIO Y SU CONSENTIMIENTO A:**

\*\*Para miembros asignados a Trillium Community Health Plan, enviarla vía FAX 1-866-683-5621 o llamar a Servicios para Miembros y Proveedores de Trillium al 541-485-2155 pidiendo una llamada de Salud Conductual. El representante de Trillium puede responder a preguntas o llenar la referencia vía telefónica.

\*\*Para miembros asignados a Pacific Source Community Solutions - Lane, envíela vía FAX 1-541-385-3123 (contactar al Equipo de Especialistas de Apoyo a Miembros de Pacific Source al 541-333-2507 para confirmar la recepción de la referencia, o para asistencia) o vía correo electrónico [LaneWrap@pacificsource.com](mailto:LaneWrap@pacificsource.com). Para preguntas acerca de su referencia de Wraparound (Asistencia Integral) llamar al 541-330-2507 o 1-888-970-2507 y solicite que le conecten con el Condado de Lane y pedir hablar con Cass Williams o alguien del equipo de Salud Conductual del Condado de Lane.