

RISE BEHAVIORAL HEALTH SERVICES, LLC

150 Front Street, Suite 102

West Springfield MA 01089

referrals@risebhs.com | www.risebhs.com

Main: (413) 657-1917 | Fax: (413) 301-8205



FORMULARIO DE REFERENCIA

FECHA DE REFERENCIA _____

PROCESO DE REFERENCIA

- 1 Si un **familiar** realiza una referencia para IHT, FIT, IHBS, ICC o ABA, Rise completará la referencia por teléfono o aceptará el formulario de referencia y luego hará seguimiento con la familia. Si una familia llama sobre TM o FS&T, Rise explicará el proceso para identificar un proveedor principal.*
- 2 Si un **proveedor** realiza la referencia, Rise:
 - a. Acepta su formulario de referencia completo y hace seguimiento con la familia, o
 - b. Completa la referencia con Rise por teléfono y hace seguimiento con la familia.
- 3 En ambos casos, Rise contactará a la familia para revisar la referencia y discutir el nivel de atención apropiado, y obtendrá el consentimiento si corresponde. Una vez recibido el consentimiento, se programará una cita de admisión o se agregará a la lista de espera para el servicio de salud conductual adecuado de Rise u otro.
- 4 Se puede recopilar información clínica y familiar más detallada durante el proceso de admisión en Rise.

* ABREVIATURAS DE SERVICIOS

TM Mentoría Terapéutica

IHBS Servicios de Comportamiento a Domicilio

FS&T Apoyo y Capacitación Familiar

ICC Coordinación de Cuidados Intensivos

IHT Servicios de Terapia a Domicilio

FIT Tratamiento Intensivo Basado en la Familia

ABA Análisis Conductual Aplicado

A SERVICIO(S) SOLICITADO(S) *seleccione uno o más – vea las descripciones en la sección G*

- | | |
|---|---|
| ☐ Mentoría Terapéutica | ☐ Servicios de Comportamiento a Domicilio |
| ☐ Apoyo y Capacitación Familiar | ☐ Coordinación de Cuidados Intensivos |
| ☐ Servicios de Terapia a Domicilio | ☐ Tratamiento Intensivo Basado en la Familia |
| ☐ Análisis Conductual Aplicado (ABA) | ☐ Otro / No está seguro |

B INFORMACIÓN DEL JOVEN / CLIENTE

NOMBRE LEGAL COMPLETO

APODO / NOMBRE ELEGIDO

FECHA DE NACIMIENTO

EDAD

IDENTIDAD DE GÉNERO *(en sus propias palabras)*

PRONOMBRES

RAZA / ETNICIDAD

GRADO ESCOLAR

IDIOMA PRINCIPAL

OTROS IDIOMAS HABLADOS

DIRECCIÓN ACTUAL

ESCUELA

¿EL JOVEN TIENE PLAN IEP / 504? ☐ Sí ☐ No

C INFORMACIÓN DEL PADRE / CUIDADOR

NOMBRE(S) DEL PADRE / CUIDADOR

RELACIÓN CON EL JOVEN

IDIOMA PRINCIPAL

OTROS IDIOMAS HABLADOS

¿QUIÉN TIENE DERECHO A TOMAR DECISIONES MÉDICAS Y LEGALES POR EL JOVEN?

DIRECCIÓN ACTUAL

CORREO ELECTRÓNICO

TELÉFONO PRINCIPAL

¿SE PUEDE DEJAR MENSAJE? ☐ Sí ☐ No

TELÉFONO SECUNDARIO

¿SE PUEDE DEJAR MENSAJE? ☐ Sí ☐ No

D FUENTE DE REFERENCIA *si no es padre / cuidador*

NOMBRE DE LA FUENTE DE REFERENCIA

AGENCIA

NÚMERO DE TELÉFONO

CORREO ELECTRÓNICO

RELACIÓN CON EL JOVEN / CLIENTE

¿LA FAMILIA ESTÁ AL TANTO DE LA REFERENCIA? ☐ Sí ☐ No

E INFORMACIÓN DE SEGURO Y MÉDICA

SEGURO PRINCIPAL

NÚMERO DE MIEMBRO / # PÓLIZA

NOMBRE DEL SUSCRIPTOR

ID DEL SUSCRIPTOR

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)

TELÉFONO DEL PCP

SEGURO SECUNDARIO

NOMBRE DEL SUSCRIPTOR

ID DEL SUSCRIPTOR

CONDICIONES MÉDICAS / ALERGIAS

F MOTIVO DE LA REFERENCIA

Proporcione una breve descripción de sus objetivos, preocupaciones de seguridad, diagnóstico y/u otras necesidades al hacer esta referencia:

FACTORES DE RIESGO (por ejemplo, violencia doméstica, ideas suicidas, ideas homicidas, uso de sustancias, trauma)

FORTALEZAS

¿ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SERVICIOS EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS?

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Hospital | ☐ Tratamiento Agudo Basado en la Comunidad | ☐ Programa de Hospitalización Parcial |
| ☐ Estabilización de Crisis Comunitaria Juvenil | ☐ Intervención de Crisis Móvil Juvenil | ☐ Otro (explique) |

SI ES OTRO, EXPLIQUE

INVOLUCRAMIENTO CON OTROS PROVEEDORES

- | | | | |
|--|---|---|----------------------------------|
| ☐ Departamento Niños y Familias | ☐ Departamento de Salud Mental | ☐ Departamento de Servicios para Jóvenes | ☐ Escuela |
|--|---|---|----------------------------------|

OTRO

G DESCRIPCIONES DE SERVICIOS

☐ Mentoría Terapéutica (TM)

Empareja a un joven con un mentor adulto para ayudarle a desarrollar y mejorar sus necesidades sociales, de comunicación y de vida.

FRECUENCIA Sesiones semanales en casa o en la comunidad.

BENEFICIARIOS Jóvenes con síntomas de salud conductual moderados a graves que necesitan apoyo en resolución de problemas, habilidades sociales, comunicación o resolución de conflictos. El joven también debe estar recibiendo otro servicio de salud conductual (ambulatorio, IHT, IHBS, ICC, ABA o FIT).

☐ Terapia en el Hogar (IHT)

Terapia familiar intensiva proporcionada por un equipo de dos profesionales de salud conductual para ayudar a jóvenes con desafíos sociales, emocionales o conductuales.

FRECUENCIA 1-3 sesiones por semana en casa o en la comunidad.

BENEFICIARIOS Familias de jóvenes con síntomas de salud conductual moderados a graves que desean ayuda para resolver conflictos, aprender nuevas formas de comunicarse, construir rutinas útiles y encontrar recursos comunitarios.

☐ Coordinación Intensiva de Atención (ICC)

Servicio de planificación de atención para jóvenes con necesidades emocionales y conductuales graves. Proporcionado por un coordinador de atención, a menudo junto con un Socio Familiar (FS&T).

FRECUENCIA Mínimo 1 contacto por semana en casa, en la comunidad o por teléfono.

BENEFICIARIOS Jóvenes con síntomas graves de salud conductual, incluyendo trastornos mentales concurrentes y Autismo, que necesitan coordinación entre múltiples servicios. El coordinador facilita un proceso basado en equipo para crear un plan unificado.

☐ Apoyo y Capacitación Familiar (FS&T)

Apoyo y orientación para cuidadores proporcionados por un Socio Familiar – un profesional con experiencia propia cuidando a jóvenes con necesidades especiales.

FRECUENCIA 1-2 sesiones por semana en casa o en la comunidad.

BENEFICIARIOS Cuidadores que desean ser defensores más efectivos comprendiendo cómo navegar sistemas y acceder a apoyos comunitarios. El joven debe estar recibiendo otro servicio de salud conductual (ambulatorio, IHT, IHBS, ABA o ICC).

☐ Servicios Conductuales en el Hogar (IHBS)

Terapia basada en el comportamiento proporcionada por un equipo de dos personas que trabaja directamente con el joven y el cuidador para desarrollar un plan de comportamiento implementado en casa.

FRECUENCIA 1-3 sesiones por semana en casa o en la comunidad.

BENEFICIARIOS Jóvenes cuyos comportamientos interfieren significativamente con su funcionamiento en casa o en la comunidad.

☐ Tratamiento Intensivo Basado en la Familia (FIT)

Combina terapia familiar intensiva, coordinación de atención y apoyo al cuidador para jóvenes con necesidades emocionales y conductuales graves. Proporcionado por un equipo de dos profesionales de salud conductual y un Socio Familiar.

FRECUENCIA 3-5 sesiones por semana en casa o en la comunidad.

BENEFICIARIOS Jóvenes con síntomas significativos de salud conductual, incluyendo Autismo, cuyas necesidades han requerido servicios agudos o urgentes en los últimos 30 días. El enfoque es estabilizar, fortalecer los apoyos familiares y hacer la transición a atención ambulatoria o IHT en 4-6 meses.

☐ Análisis Conductual Aplicado (ABA)

Enfoque terapéutico basado en la evidencia que aplica principios de aprendizaje y comportamiento para mejorar conductas socialmente significativas. Un Analista de Conducta Certificado desarrolla y supervisa planes de tratamiento individualizados, mientras que Técnicos de Conducta Registrados o Técnicos de Conducta brindan terapia directa.

FRECUENCIA La duración y el horario de las sesiones se determinarán después de una Evaluación Inicial completa realizada por el BCBA, en casa, en la comunidad o en un entorno clínico.

BENEFICIARIOS Jóvenes diagnosticados con Autismo o síndrome de Down que necesitan intervención estructurada e individualizada para desarrollar habilidades de comunicación, sociales, adaptativas y de la vida diaria, y/o reducir conductas desafiantes. ABA puede proporcionarse junto con otros servicios como IHT, ICC o FIT.

H ADJUNTOS REQUERIDOS

PARA APOYO Y CAPACITACIÓN FAMILIAR Y MENTORÍA TERAPÉUTICA

- ☐ Evaluación Integral y CANS completados para el joven – **POR FAVOR ADJUNTE**
- ☐ Plan de Tratamiento / Plan de Acción Individualizado / Plan de Atención para el joven que incluya un objetivo específico con medidas de resultado objetivas relacionadas con el desarrollo de la capacidad del padre/cuidador para criar al joven en el hogar o la comunidad – **POR FAVOR ADJUNTE**

PARA ANÁLISIS CONDUCTUAL APLICADO (ABA)

- ☐ Evaluación diagnóstica que confirme Autismo o diagnóstico calificado – **POR FAVOR ADJUNTE**
- ☐ Examen físico realizado en los últimos 12 meses – **POR FAVOR ADJUNTE**

ENVÍO Y AUTORIZACIÓN

FIRMA DE LA PERSONA QUE REMITE

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

FECHA