



Solicitud de intervención de nivel II o III para niños/adolescentes

Se tomará una de (3) decisiones en el término de los 7 días hábiles de recibido un paquete completo
La agencia/el proveedor que solicite una intervención para tratamiento de nivel II o III DEBE completar este formulario.

No REVISE ni MODIFIQUE este formulario.

Envíelo por FAX al Gerente de Atención de Coordinación Residencial para N/A de Magellan al 1-866-568-6147

Fecha en que se completó la solicitud: _____

Fecha en que el proveedor de salud mental recibió la solicitud por escrito del tutor: _____

Nivel de atención psiquiátrica solicitado: TGH (Nivel II) L3GH

Solicitada por: CPS JPO ADJC IEP Miembro de familia

¿Esto se realiza con motivos de financiación de una colocación actual? Sí No ¿Con motivos de una colocación ordenada por el tribunal? Sí No

Nombre del niño/adolescente: _____ Edad: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

N.º del Seguro Social: _____ T19/21 activo: _____ Fecha en que se verificó la elegibilidad para AHCCCS: _____

¿Dónde está el N/A actualmente? Hogar Detención Instalación del ADJC Refugio de los CPS
 Hogar de grupo de los CPS Hogar de cuidados de crianza de los CPS Hospital
 Otro centro de salud mental fuera del hogar (nombre): _____

Si se encuentra en un sitio que no sea el hogar, indique la fecha de colocación _____

Escuela: _____ Distrito: _____

Tutor legal: _____ Teléfono: _____ Ext.: _____

Dirección postal: _____ Ciudad/estado/código postal: _____

Idioma primario del tutor legal: Inglés Otro (especifique): _____

Administrador de casos de QSP/PNO: _____ Teléfono: _____
Ext.: _____

Líder de equipo de QSP/PNO: _____ Correo electrónico: _____

Agencia: _____ Sitio: _____ Fax: _____

Fecha de la reunión más reciente del CFT: _____ Fecha de la próxima reunión programada del CFT: _____

Nombre del N/A: _____

Nombre del psiquiatra que lo atiende en el QSP: _____

Fecha de la última visita al psiquiatra: _____

Si un profesional médico no ha evaluado al niño, programe una evaluación.

Fecha de la evaluación programada: _____ Nombre del evaluador: _____

SECCIÓN A: *Para ser completada por el profesional clínico, administrador de casos o coordinador del QSP/PNO.*

Diagnósticos actuales de DSM-IV-TR según el psiquiatra que lo atiende (para diagnósticos y códigos del Eje I y II):

Eje I: _____

Eje II: _____

Eje III: _____

Eje IV (especifique el área del problema): _____

Eje V: _____

Medicamentos: No Sí. *Si la respuesta es "Sí", incluya la información sobre los medicamentos actuales a continuación:*

Nombre y dosis del medicamento	Indicaciones	Cumplimiento con el medicamento
		<input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Deficiente
		<input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Deficiente
		<input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Deficiente
		<input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Deficiente

Antecedentes de abuso de sustancias: No Sí. *Si la respuesta es "Sí", debe completarse la siguiente tabla.*

CLASES DE SUSTANCIAS	Fecha de último uso	Cantidades usadas	Frecuencia de uso	Edad del primer uso
Alcohol				
Anfetaminas (metanfetaminas)				
Cocaína/crack				
Alucinógenos				
Inhalantes (pegamento, pintura, aerosoles)				
Marihuana				
Opiáceos (narcóticos, heroína de venta con receta)				
Otra (especifique)				

Problemas médicos, enfermedades, impedimentos, discapacidades o dificultades únicas:

Nivel cognoscitivo: Superior al promedio Promedio Por debajo del promedio CI, si está disponible: Escala completa: _____ Verbal: _____ Desempeño: _____

Nombre del N/A: _____

¿Algún evento/pérdida/trauma estresante reciente contribuyó a las necesidades clínicas actuales? No Sí
Si la respuesta es “Sí”, indíquelo a continuación si no se describe en otro lugar.

Marque todos los servicios proporcionados en los **últimos 30 días** para satisfacer las necesidades clínicas que dan lugar a esta remisión:

- Ninguno Servicios generalistas de apoyo directo Servicios intensivos por CD/SA para pacientes no hospitalizados DBT Terapia familiar Análisis y planificación conductual funcional Terapia funcional familiar [FFT] Terapia grupal A-CRA Terapia en el hogar Capacitación sobre habilidades para vivir en forma independiente Terapia individual Visitas para manejo de medicamentos Mentor/entrenador de comportamiento Terapia multisistémica [MST] Padre asociado/Asociado de apoyo familiar Relevó Servicios basados en una escuela Terapia de especialidad: tipo _____ Evaluación/capacitación vocacional Hospital Residencial de nivel 1 TGH L3GH HCTC Otro: describa _____

Los servicios antes mencionados han sido proporcionados por las siguientes agencias (indique los nombres):

Intervención previa fuera del hogar en centros psiquiátricos: No Sí. *Si la respuesta es “Sí”, complete lo siguiente:*

Fechas	Proveedor/Nivel de atención	Tiempo de estadía	Alta a

Evaluación de los servicios actuales para incluir servicios de apoyo formales e informales:

- ¿Están los servicios actuales de apoyo a la comunidad abordando las necesidades identificadas? Sí No
- Si la respuesta es “No”, ¿ha el Equipo del Niño y la Familia (CFT, por sus siglas en inglés) aumentado la intensidad/frecuencia de los servicios o ha intentado utilizar un servicio diferente para abordar estas necesidades? No Sí, describa: _____
- ¿Ha habido una evaluación reciente por parte de un psiquiatra? Sí No
- Si es así, ¿cuáles son las recomendaciones específicas para la intensidad de los servicios necesarios (no el “lugar” donde puedan prestarse)? No Sí, describa: _____

5. ¿Existen otros servicios basados en la comunidad o servicios de apoyo informales que pueden utilizarse para abordar los síntomas/comportamientos identificados, y han sido explorados?

No Sí, describa: _____

SECCIÓN B: Equipo del Niño y la Familia.

Completar esta sección en una reunión del Equipo del Niño/la Familia para respaldar la solicitud de una intervención fuera del hogar.

Si el niño se traslada a un centro psiquiátrico fuera del hogar, el personal de las clínicas del centro que lo atiende debe unirse al Equipo del Niño y la Familia. El equipo debe reunirse periódicamente y concentrarse en identificar/localizar los apoyos y los servicios necesarios para permitir al niño regresar a un ámbito de la comunidad normativo. Los objetivos del Equipo del Niño y la Familia se convertirán en el enfoque del plan de tratamiento, con el fin de que el niño regrese a los servicios para pacientes no hospitalizados del niño tan pronto como sea posible.

1. Indique los objetivos de tratamiento objetivo identificados del niño en función de los síntomas o de los comportamientos que requieren una intervención de tratamiento fuera del hogar. Indique las razones específicas por las cuales estos objetivos de tratamiento objetivo no pueden abordarse con servicios o apoyos basados en la comunidad que se hayan proporcionado o considerado en los últimos 30 días. Los objetivos de tratamiento objetivo deben reflejar comportamientos o tratamiento que no puedan manejarse utilizando los recursos y servicios de la comunidad, o que se utilicen únicamente para seguridad y/o comportamientos desmedidos. Los objetivos de tratamiento objetivo deben limitarse a 1 ó 2 objetivos de comportamiento.

Los Equipos del Niño y la Familia deben tener en cuenta los siguientes criterios cuando desarrollan objetivos de tratamiento objetivo:

- **Ser de naturaleza conductual y reflejar con claridad las razones** por las cuales el niño/adolescente (C/A) requiere un nivel específico de intervención de tratamiento residencial.
- **Ser mensurables.** Por lo tanto, el comportamiento debe poder observarse, y debe ser posible contar las instancias del comportamiento.
- **Ser razonables.** El N/A no debe someterse a un estándar más alto que un N/A en la comunidad.
- **Ser comportamientos o síntomas que no puedan abordarse con servicios o recursos basados en la comunidad.**
- Deben alinearse con el plan de tratamiento de salud mental para asegurar la coherencia en los objetivos y en el enfoque.

Objetivos de tratamiento objetivo

1. _____

2. _____

Especifique las razones por las cuales los objetivos de tratamiento objetivo no pueden abordarse con apoyos ni servicios basados en la comunidad:

Nombre del N/A: _____

Planificación de alta tentativa

¿Qué es el plan de alta preliminar? Describa los servicios a pacientes no hospitalizados previstos y los apoyos naturales necesarios para que el N/A se desenvuelva satisfactoriamente en la comunidad, para evitar intervenciones posteriores fuera del hogar y continuar abordando las necesidades de tratamiento actuales del N/A y de la familia.

a. Plan de residencia:

b. Servicios a pacientes no hospitalizados y apoyos naturales

2. ¿Ha el CFT revisado las preguntas más frecuentes para situaciones fuera del hogar con el tutor?
 No Sí
3. ¿Ha el CFT revisado o incluido la asociación entre la familia y la escuela (FSP, por sus siglas en inglés) o los apoyos para los padres?
 No Sí
4. ¿Se ha iniciado una remisión de Administradores de Casos (CM, por sus siglas en inglés) de muchas necesidades con la PNO, si se solicita tratamiento fuera del hogar (OOH, por sus siglas en inglés)?
 No Sí

Firma del CFT (indique si está o no de acuerdo con la intervención OOH)

<input type="checkbox"/> Estoy de acuerdo con la intervención OOH		
<input type="checkbox"/> No estoy de acuerdo con la intervención OOH	Firma del tutor	Fecha
<input type="checkbox"/> Estoy de acuerdo con la intervención OOH		
<input type="checkbox"/> No estoy de acuerdo con la intervención OOH	Firma del coordinador	Fecha
<input type="checkbox"/> Estoy de acuerdo con la intervención OOH		
<input type="checkbox"/> No estoy de acuerdo con la intervención OOH	Otro/función	Fecha
<input type="checkbox"/> Estoy de acuerdo con la intervención OOH		
<input type="checkbox"/> No estoy de acuerdo con la intervención OOH	Otro/función	Fecha
<input type="checkbox"/> Estoy de acuerdo con la intervención OOH		
<input type="checkbox"/> No estoy de acuerdo con la intervención OOH	Otro/función	Fecha

SECCIÓN C: Psiquiatra que lo atiende actualmente. Esta sección debe ser completada por el psiquiatra o enfermero de la agencia de salud mental que atienden actualmente al joven.

Recomendación del profesional médico que lo atiende actualmente en cuanto al nivel de servicio necesario en este momento:

- No se realizan recomendaciones en este momento.**
- Permanecer en el ámbito de la comunidad/hogar o regresar a este con los servicios actuales.**
- Permanecer en el ámbito de la comunidad/hogar o regresar a este con servicios adicionales.**

Especifique los servicios necesarios para satisfacer las necesidades clínicas:

Intervención fuera del hogar (marque el nivel de atención recomendado):

TGH **L3GH**

Nombre en letra de imprenta: _____ **Firma:** _____ **Fecha:** _____

Número de teléfono: _____ **Número de fax:** _____

SECCIÓN D: ¿Participa actualmente la justicia juvenil? No Sí

Si la respuesta es “Sí”, esta sección debe ser completada por el personal de salud mental junto con el funcionario de libertad vigilada o libertad condicional.

Antecedentes legales: No Sí. Si la respuesta es “Sí”, delitos/razones de los arrestos:

¿Se encuentra actualmente en libertad vigilada? No Sí Tipo: Estándar JIPS Agresor sexual

Funcionario de libertad vigilada: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

¿Se encuentra actualmente en libertad condicional? No Sí

Funcionario de libertad condicional: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Fecha de la última asistencia del funcionario de libertad vigilada o libertad condicional al CFT: _____

¿Se encuentra detenido actualmente? No Sí

Si la respuesta es “Sí”, desde cuándo: _____ Dónde: _____

Próxima fecha de juicio: _____ Fecha de liberación: _____

Si la remisión se debe a un delito sexual/tratamiento para un agresor sexual, se debe adjuntar una evaluación psicosexual con recomendaciones y una declaración del especialista en conducta sexual que lo atiende actualmente respecto de las recomendaciones y las necesidades de tratamiento. De estar disponibles, se deben proporcionar denuncias policiales.

Recomendación actual del funcionario de libertad vigilada/libertad condicional en cuanto al lugar más apropiado para satisfacer las necesidades de JUSTICIA JUVENIL de este niño: _____

SECCIÓN E: ¿Participa actualmente el Servicio de Protección al Menor (CPS, por sus siglas en inglés)?

No Sí

Si la respuesta es "Sí", esta sección debe ser completada por el personal de la agencia de salud mental junto con el administrador de casos del CPS.

Fecha de la última asistencia del administrador de casos del CPS al CFT: _____

¿Cuándo y por qué se retiró al niño de su hogar?

¿Cuál es el plan de caso actual? Reunión con la familia Colocación en un hogar de parentesco
 Desvinculación de la familia/adopción Cuidados de crianza a largo plazo Vida independiente

Si se planifica la reunión con la familia o la colocación en un hogar de parentesco, ¿existen límites ordenados por el tribunal en cuanto a la participación familiar?

Recomendación actual del tutor del CPS en cuanto al lugar más apropiado para satisfacer las necesidades de ATENCIÓN Y CUSTODIA del niño:

Si el niño debe permanecer en la comunidad, ¿qué considera el tutor del CPS que se necesitará para mantener seguro al niño?

Si el niño ingresa en un centro psiquiátrico fuera del hogar, ¿dónde considera el CPS que el niño vivirá después del alta cuando se hayan cumplido los objetivos de tratamiento?

SECCIÓN F: ¿Participa actualmente la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD)? No Sí

Elegible para ALTCS: No Sí

Administrador de casos de la DDD: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Fecha de la última asistencia del administrador de casos de la DDD al CFT: _____

Nombre del N/A: _____

La siguiente información debe enviarse junto con la solicitud, a más tardar, 5 días después del fax de solicitud inicial. Debe enviarse por fax a la Administración de Atención de Magellan al 1-866-568-6147.

<u>Documentación respaldatoria adjunta (si corresponde):</u>	sí	no	n/a
Plan del Equipo del Niño/la Familia (Servicio de SM) (últimos 3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informes/órdenes del tribunal y/o informes de incidentes de detención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plan de educación individual (obligatorio para las colocaciones del IEP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Denuncias policiales y/o informes de libertad vigilada/libertad condicional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evaluación psiquiátrica y últimas 3 notas de evolución psiquiátrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informe de evaluación psicoeducacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evaluación psicológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evaluación psicosexual (si se ha realizado una)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plan de seguridad y plan de crisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Declaración de fortalezas, necesidades y cultura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resúmenes de cualquier agencia de tratamiento/apoyo directo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 <u>Obligatorio</u>			
Anexo A al formulario de revisión del Director Médico de la Organización de red de proveedores de los niños. (Debe completarse el formulario obligatorio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nombre del N/A: _____

Anexo A: Revisión del Director Médico de la Organización de red de proveedores de los niños.

Una vez que se complete y se envíe por fax la solicitud a Magellan, debe enviarse por fax al Director Médico de la organización de red de proveedores (PNO, por sus siglas en inglés) de los niños para su revisión. Este formulario debe ser completado ÚNICAMENTE por el Director Médico y debe enviarse por fax a la Administración de Atención de Magellan al 1-866-568-6147.

He revisado esta solicitud para (nombre del n/a) _____ y
recomiendo probar la siguiente alternativa a la intervención OOH:

No se realizan recomendaciones en este momento.

Especifique los servicios requeridos para satisfacer las necesidades clínicas: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____