

# Formulario de remisión universal para ubicación residencial de niños y adolescentes

## Instrucciones para completarlo:

De acuerdo con los principios del Sistema de Atención, la aplicación universal de ubicación residencial para niños y adolescentes ofrece una revisión clínica integral de las necesidades de un niño/adolescente a efectos de la admisión a un proveedor residencial contratado por cualquiera de las seis entidades de administración local/organizaciones de atención administrada (LME/MCO) de Carolina del Norte. Tenga en cuenta lo siguiente: todas las referencias a “miembro” en este formulario se refieren a un miembro de Medicaid o a un destinatario de servicios financiados por el estado.

### Siga las instrucciones a continuación:

- 1 Esta aplicación debe completarse en su totalidad. Responda cada pregunta lo mejor que pueda, e indique si algo no es aplicable o no está disponible cuando corresponda. Las aplicaciones pueden devolverse a la parte remitente si se consideran incompletas.
- 2 No escriba “ver adjunto” en las secciones que requieran detalles específicos. Si tiene un documento que proporciona más detalles de los que se pueden ingresar, mencione el nombre del documento, la fecha y el número de página al final de la explicación (por ej., Evaluación física, 07.01.15, página 3). Envíe cualquier documentación de referencia junto con esta aplicación.
- 3 La persona que completa esta aplicación es responsable de obtener las documentaciones/autorizaciones necesarias para divulgar información médica protegida.
- 4 La aplicación universal debe estar firmada por la persona legalmente responsable según se define en N.C.G.S. § 122C-3(20): “un padre/madre, tutor, una persona en loco parentis o un custodio legal que no sea el padre/madre al que se le ha otorgado autoridad específica por ley o en una orden de custodia para dar su consentimiento para la atención médica, incluido el tratamiento psiquiátrico”.

**Descargo de responsabilidad:** este formulario se creó para conveniencia de las personas y las agencias de remisión con el fin de agilizar la planificación del alta hospitalaria y eliminar el tiempo y la redundancia asociados con múltiples aplicaciones de ubicación específicas de las agencias. Sin embargo, el uso de este formulario no garantiza, ni debe interpretarse como que garantiza, la autorización de tratamiento residencial o de otro tipo por parte de la LME/MCO aplicable o la admisión por parte de cualquier proveedor elegible. Además, la responsabilidad del alta adecuada de los centros para pacientes internados corresponde al proveedor que da el alta hospitalaria.

Fecha en que se completó el formulario de remisión:	Fecha en que se necesita el servicio:
<b>Tipo de remisión/Nivel de atención buscado</b> <input type="checkbox"/> Nivel residencial I – Tipo de familia <input type="checkbox"/> Nivel residencial II – Tipo de familia <input type="checkbox"/> Nivel residencial II – Tipo de programa <input type="checkbox"/> Nivel residencial III – Hogar de grupo <input type="checkbox"/> Nivel residencial IV – Seguro <input type="checkbox"/> Centro de Tratamiento Residencial Psiquiátrico (PRTF) <input type="checkbox"/> Relevo de necesidad emergente – Solo referidos internos <input type="checkbox"/> Apoyos residenciales, hogar familiar alternativo (AFL) – Exención de NC Innovations	<input type="checkbox"/> Apoyos residenciales, hogar de grupo – Exención de NC Innovations <input type="checkbox"/> Servicios residenciales no financiados por Medicaid – Hogar de grupo o AFL <input type="checkbox"/> Apoyos comunitarios a largo plazo – servicios residenciales (Medicaid) para discapacidad intelectual/del desarrollo (I/DD) <input type="checkbox"/> Apoyos individuales – Salud mental (Medicaid) <input type="checkbox"/> Centros de Atención Intermedia para Personas con Discapacidades Intelectuales (ICF/IID)
<b>Nombre del miembro:</b>	

¿El miembro es beneficiario de Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		En caso afirmativo, n.º de ID de Medicaid:	
Plan de beneficios de LME/MCO o PHP:			
¿El miembro tiene un CCA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		En caso afirmativo, fecha del CCA más reciente:	
<i>Nota: Se requiere un CCA para aprobar la ubicación de un niño/joven en un plan nivelado respaldado por Medicaid.</i>			
<b>1. INFORMACIÓN DE LA FUENTE DE REMISIÓN</b>			
Agencia de remisión: <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Agencia de atención clínica domiciliaria <input type="checkbox"/> DJJ <input type="checkbox"/> DSS, condado: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____			
Nombre de la agencia de remisión:			
Persona de contacto:		Número de teléfono:	
Número de contacto alternativo:		Número de fax:	
Motivo de la remisión:			
<b>2. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL MIEMBRO</b>			
Nombre del miembro:		Nombre de preferencia:	
Fecha de nacimiento:	Edad:	Género asignado al nacer: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
Identidad de género:	Pronombres:	Orientación sexual:	
Raza:	Lugar de nacimiento:		
Idioma principal:	¿El miembro habla inglés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Condado de donde se origina Medicaid:			
¿En qué condados está dispuesto para la ubicación? <input type="checkbox"/> Cualquiera <input type="checkbox"/> Condados específicos (enumere a continuación)			
Arreglo de vivienda actual:			
Consideraciones especiales: <i>(Los ejemplos incluyen problemas de seguridad, sin mascotas, debe ser competente en cuestiones LGBTQ, no puede compartir un dormitorio, sin otros niños en el hogar, padres de género específico, casa de padres solteros, etc.)</i>			
Describa el conjunto de habilidades que necesitarán los posibles padres, cuidadores o personal de recursos para prestar servicios a este niño/adolescente (esto ayuda a identificar la mejor ubicación posible):			

**3. INFORMACIÓN DE LA PERSONA LEGALMENTE RESPONSABLE**

¿Quién es el responsable legal del niño?  Padre/madre  Tutor  DSS del condado  Otro

Nombre del tutor/custodio:	Relación con el miembro:
Si está bajo custodia del DSS, condado de la custodia legal:	Plan de permanencia:

¿Ha habido una terminación de la patria potestad?  Sí  No

En caso afirmativo, indique la fecha y por quién:

Teléfono de la casa:	Teléfono del trabajo:	Teléfono móvil:
Dirección postal:	Correo electrónico:	

**4. INFORMACIÓN DE LA FAMILIA**

¿El miembro es adoptado?  Sí  No

¿A qué distancia la familia está dispuesta/puede viajar para participar en el tratamiento del niño?

¿Existen consideraciones religiosas, espirituales o culturales?

¿Actualmente tiene visitas?  Sí  No

¿Las visitas son supervisadas?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿por parte de quién?

Si actualmente tiene visitas, ¿con quién, dónde y con qué frecuencia son? *(Las visitas pueden incluir padres, abuelos o hermanos biológicos, padres adoptivos anteriores y otras relaciones importantes para el niño/joven).*

¿El miembro tiene hermanos?  Sí  No

En caso afirmativo, indique sus nombres:

¿Está buscando una ubicación para que los hermanos estén juntos?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿qué hermanos?

**5. INFORMACIÓN CLÍNICA/DE DIAGNÓSTICO**

**DSM-5 – INFORMACIÓN DE DIAGNÓSTICO**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO

Diagnóstico principal:	Diagnóstico secundario:
------------------------	-------------------------

IQ:  Alto funcionamiento  Funcionamiento promedio  Bajo funcionamiento

### 6. INFORMACIÓN SOBRE MEDICAMENTOS

LISTA DE MEDICAMENTOS ADJUNTA (Si se adjunta la lista, no es necesario completar esta sección).

MEDICAMENTO	DOSIS/VÍA

### 7. HISTORIAL DE TRATAMIENTO Y UBICACIÓN

Número de ubicaciones fuera del hogar:

¿El miembro ha sido hospitalizado?  Sí  No En caso afirmativo, ¿cuántas veces en el último año?

¿El miembro ha estado en una ubicación residencial en el último año?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿dónde?

¿El miembro se ha sometido a una evaluación psicosexual?  Sí  No

En caso afirmativo, fecha de la más reciente:

¿El miembro se ha sometido a una evaluación del trauma?  Sí  No En

caso afirmativo, fecha de la más reciente:

¿El miembro ha recibido tratamiento del trauma?  Sí  No

Describir:

### 8. SÍNTOMAS ACTUALES/OBSERVACIONES

Marque todas las opciones que correspondan. Proporcione detalles específicos y/o la fecha del último incidente, si se conoce y corresponde.

<input type="checkbox"/> Problemas de abandono	<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Dificultades en la escuela
<input type="checkbox"/> Muestra de heces/material fecal	<input type="checkbox"/> Comportamiento sexualmente inapropiado	<input type="checkbox"/> Provocar incendios/piromanía
<input type="checkbox"/> Enuresis nocturna	<input type="checkbox"/> Comportamientos de trastorno alimentario	<input type="checkbox"/> Problemas de sueño
<input type="checkbox"/> Destrucción de propiedad	<input type="checkbox"/> Falta de hogar	<input type="checkbox"/> Hiperactividad
<input type="checkbox"/> Impulsividad	<input type="checkbox"/> Mentiras	<input type="checkbox"/> Baja autoestima

<input type="checkbox"/> Pérdida/luto	<input type="checkbox"/> Fobias	<input type="checkbox"/> Dificultad relacionada con los hermanos
<input type="checkbox"/> Oposición	<input type="checkbox"/> Inmadurez social	<input type="checkbox"/> Robos
<input type="checkbox"/> Ausentismo	<input type="checkbox"/> Crueldad con los animales	<input type="checkbox"/> Problemas de higiene/limpieza
<input type="checkbox"/> Problemas de higiene/limpieza	<input type="checkbox"/> Actividad relacionada con pandillas	<input type="checkbox"/> Historial con armas

**Antecedentes de abuso/traumatismo:**  Ninguno  Víctima de abandono  Víctima de maltrato físico  
 Víctima de abuso sexual  Testigo de cualquiera de los anteriores  
 Otros traumas (por ej., desastre natural, incendio, accidente automovilístico, violencia, racismo sistémico)

**Si se marca alguna de las opciones anteriores, proporcione una breve descripción:**

### 9. EVALUACIÓN DE RIESGO

<input type="checkbox"/> <b>Comportamiento autolesivo</b>	<p>Marque todas las opciones que correspondan: <input type="checkbox"/> Cortes en el cuerpo <input type="checkbox"/> Oculta cortes, <i>indique el área:</i> _____  <input type="checkbox"/> Otras formas de autolesión. <i>Describe:</i> _____</p> <p>¿La autolesión alguna vez ha necesitado atención médica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Explique:</p>
<input type="checkbox"/> <b>Características suicidas</b>	<p>Marque todas las opciones que correspondan: <input type="checkbox"/> Pensamientos suicidas <input type="checkbox"/> Intentos de suicidio anteriores <input type="checkbox"/> Planes suicidas</p> <p>Si se marca una opción anterior, describa:</p> <p>_____          _____</p> <p>Describa los métodos utilizados en los intentos anteriores:</p> <p>_____          _____</p> <p>¿Los intentos fueron planificados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> No se sabe</p>

**Características homicidas**

Marque todas las opciones que correspondan:

Pensamientos homicidas     Intentos anteriores de dañar a otros  
 Planes homicidas

Si se marca una opción anterior, describa:

---

Describa los métodos utilizados en los intentos anteriores:

---

¿Los intentos fueron planificados?     Sí     No     A veces     No se sabe  
 ¿El miembro tiene acceso a armas?     Sí     No  
 Explique:

**Antecedentes de fuga**

Marque todas las opciones que correspondan:

Se escapa de casa     Se ha escapado de ubicaciones anteriores

En el último año, ¿cuántas veces se ha escapado el miembro? \_\_\_\_\_

¿A dónde va el miembro? \_\_\_\_\_

¿Durante cuánto tiempo suele estar lejos del hogar/ubicación? \_\_\_\_\_

**Comportamientos sexualizados**

Marque todas las opciones que correspondan:

Exteriorización sexual     Desviación del comportamiento sexual     Explotación sexual  
 Otro (describa) \_\_\_\_\_

**Síntomas psicóticos**

Marque todas las opciones que correspondan:

Alucinaciones auditivas     Alucinaciones visuales     Delirios  
 Otro (describa) \_\_\_\_\_

**10. INFORMACIÓN SOBRE EL CONSUMO DE SUSTANCIAS**     N/C – CONTINÚE CON LA SIGUIENTE SECCIÓN

TIPO DE SUSTANCIA	VÍA	FRECUENCIA	ÚLTIMO USO
<input type="checkbox"/> Alcohol			
<input type="checkbox"/> Anfetaminas			
<input type="checkbox"/> Cocaína			
<input type="checkbox"/> Alucinógenos			
<input type="checkbox"/> Heroína/opiáceos			
<input type="checkbox"/> Inhalantes			
<input type="checkbox"/> Marihuana			
<input type="checkbox"/> Nicotina/cigarros electrónicos/JUULs			
<input type="checkbox"/> Benzodiacepinas/hipnóticos			
<input type="checkbox"/> Otro (especifique):			

### 11. INFORMACIÓN MÉDICA

**Alergias:**

**Alergias a fármacos:**

**Necesidades dietéticas especiales:**

¿El joven está al día con las vacunas recomendadas por los CDC para su grupo etario?  Sí  No

¿El joven ha rechazado o retrasado alguna vez una vacuna recomendada por los CDC?  Sí  No

¿El joven ha recibido vacunas contra el COVID-19?  Sí  No

En caso afirmativo, incluya el número total de dosis recibidas y las fechas de las dosis de vacunación, si se conocen:

**Altura del niño:**

**Peso del niño:**

### AFECCIONES MÉDICAS (PASADAS Y PRESENTES)

**Suceso más reciente:**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acné                                      | <input type="checkbox"/> Anemia                          | <input type="checkbox"/> Asma                          |
| <input type="checkbox"/> Problemas urinarios/intestinales crónicos | <input type="checkbox"/> Diabetes                        | <input type="checkbox"/> Eccema/erupción               |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis                                 | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA                        | <input type="checkbox"/> Migraña/cefaleas              |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones/epilepsia                    | <input type="checkbox"/> Infección de transmisión sexual | <input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea                       |  |  |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____                               | <input type="checkbox"/> Otro: _____                     |  |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____                               | <input type="checkbox"/> Otro: _____                     |  |

¿Hay otras inquietudes o necesidades médicas?

### 12. INFORMACIÓN EDUCATIVA/ESCOLAR

**Última escuela en la que estuvo inscrito:**

**Nivel de grado más alto completado:**

¿Es importante que el miembro permanezca en su escuela actual?  Sí  No

¿El miembro puede asistir a la escuela durante un día completo?  Sí  No

¿El miembro tiene un IEP actual?  Sí  No

**Fecha:**

**Grados repetidos:**

**Clases especiales:**  EC  LD  Recurso  BED  Confinado en casa  Tratamiento diurno  
 Otro: \_\_\_\_\_

¿Antecedentes de suspensiones o expulsiones?  Sí  No

En caso afirmativo, explique:

**13. ANTECEDENTES LEGALES** N/C – CONTINÚE CON LA SIGUIENTE SECCIÓN¿El miembro tiene antecedentes penales?  Sí  No¿El miembro está en libertad condicional?  Sí  No¿Hay acusaciones pendientes?  Sí  No

Acusaciones y condados donde se produjo la acusación:

Describa brevemente los delitos anteriores y las fechas de condena (si se conocen):

**14. INFORMACIÓN SOBRE HABILIDADES DE LA VIDA DIARIA** N/C – CONTINÚE CON LA SIGUIENTE SECCIÓN

(Obligatorio SOLO para miembros con I/DD o diagnósticos concurrentes de I/DD y salud mental).

**ALIMENTACIÓN**¿El miembro come alimentos sólidos?  Sí  No *En caso negativo, explique:* \_\_\_\_\_¿El miembro come de forma independiente?  Sí  No *En caso negativo, explique:* \_\_\_\_\_¿El miembro necesita adaptaciones especiales?  Sí  No *En caso afirmativo, explique:* \_\_\_\_\_¿Hay antecedentes de atragantamiento/llenado excesivo de la boca?  Sí  No**USO DEL BAÑO**¿El miembro tiene incontinencia?  Sí  No*En caso afirmativo, indique la marca/tamaño de los suministros:* \_\_\_\_\_¿El miembro puede usar el baño por sí solo?  Sí  No*En caso negativo, explique la asistencia:* \_\_\_\_\_¿El miembro usa pañales pull-ups/pañales de noche?  Sí  No*En caso afirmativo, indique la marca/tamaño de los suministros:* \_\_\_\_\_¿El miembro le dirá a alguien si necesita ir al baño?  Sí  No¿El miembro tiene un horario para ir al baño?  Sí  No**14. INFORMACIÓN SOBRE HABILIDADES DE LA VIDA DIARIA - CONTINUACIÓN**

(Obligatorio SOLO para miembros con I/DD o diagnósticos concurrentes de I/DD y salud mental).

**SUEÑO**¿El miembro suele dormir toda la noche?  Sí  No

Hora aproximada en que el miembro se va a dormir: \_\_\_\_\_

Enumere cualquier problema relacionado con el sueño, equipo especial necesario, etc.:

**CAMINAR**

¿El miembro es ambulatorio?  Sí  No

En caso negativo, ¿el miembro utiliza alguno de los siguientes elementos?  Andador  Muletas  Silla de ruedas  Calzado modificado

¿El equipo satisface las necesidades actuales?  Sí  No *En caso negativo, explique a continuación:*

**LENGUAJE**

¿El miembro se expresa verbalmente?  Sí  No *En caso negativo, responda las siguientes preguntas:*

¿De qué manera el miembro hace saber sus necesidades?

¿El miembro entiende órdenes de una o dos palabras?  Sí  No

¿El miembro sigue órdenes de uno o dos pasos?  Sí  No

Explique cualquier necesidad de comunicación (dispositivos, etc.):

**COMPORTAMIENTO**

¿El miembro tiene antecedentes de alguno de estos?

Destrucción de propiedad  Agresión física  Agresión verbal

¿Cómo suele ser este comportamiento?

Si se conoce, ¿cuáles son los desencadenantes de los comportamientos?

¿El miembro suele lastimarse a sí mismo o a los demás?  Sí  No

Describa cualquier otro comportamiento inapropiado que el miembro pueda tener:

### 15. INFORMACIÓN ADICIONAL

Proporcione información relacionada con el estado actual del miembro, síntomas, mejoras/cambios notables, etc., e incluya cualquier comentario adicional que pueda apoyar esta aplicación.

### 16. LISTA DE VERIFICACIÓN DE REMISIÓN

Adjunte cualquiera de las siguientes opciones disponibles:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Plan actualizado centrado en la persona y/o plan de apoyo individual                           | <input type="checkbox"/> Registros del DSS   |
| <input type="checkbox"/> Plan de tratamiento hospitalario   | <input type="checkbox"/> Registros del DJJ   |
| <input type="checkbox"/> AAC actualizado/evaluación psiquiátrica/evaluaciones/evaluaciones diagnósticas actualizadas    | <input type="checkbox"/> Órdenes judiciales  |
| <input type="checkbox"/> Pruebas psicológicas   | <input type="checkbox"/> Autorización y consentimiento firmados para la divulgación de información |
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones físicas/información médica  | <input type="checkbox"/> Otro  |
| <input type="checkbox"/> Evaluación de jóvenes sexualmente agresivos/<br>Evaluación específica de delincuentes sexuales |  |

### 17. FIRMAS

\_\_\_\_\_  
Nombre escrito de la persona legalmente responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona legalmente responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del miembro

\_\_\_\_\_  
Fecha