

Herramienta para evaluar la elegibilidad en el programa

Cuidados Paliativos Basados en la Comunidad de NJ FamilyCare

Los cuidados paliativos son un apoyo adicional que se brinda a las personas que padecen enfermedades graves. Ayudan a manejar los síntomas, a reducir el estrés y funcionan a la par de otros tratamientos. Un Equipo de Atención Interdisciplinario (Interdisciplinary Care Team; IDT) escucha lo que es importante para el afiliado o afiliada y respalda sus decisiones para que él o ella pueda enfocarse en su calidad de vida.

El beneficio de Cuidados Paliativos Basados en la Comunidad (Community Based Palliative Care; CBPC) brinda apoyo basado en equipos a las personas con enfermedades graves y ayuda a los afiliados a manejar los síntomas y a navegar por el sistema de atención. Los CBPC no es atención de hospicio. Los afiliados no necesitan un diagnóstico terminal para recibir los servicios y pueden continuar recibiendo los tratamientos curativos o dirigidos a sus enfermedades mientras estén inscritos para obtener este beneficio.

Orientación

Esta herramienta de evaluación apoya la identificación y remisión (referencia) de los afiliados que podrían beneficiarse de los Cuidados Paliativos Basados en la Comunidad. Completar este formulario no determina la elegibilidad y no reemplaza la Herramienta de Evaluación Médica Integral (Comprehensive Medical Assessment Tool; CMAT).

Los proveedores, administradores de la atención, afiliados, personas cuidadoras u otros socios comunitarios pueden completar este formulario usando la información disponible sobre enfermedades graves y los impactos en la calidad de vida. Si la evaluación indica que la persona podría ser elegible, envíe el formulario completado al plan de salud del afiliado o afiliada mediante el Portal de Proveedores de su Organización de Atención Administrada (MCO, por sus siglas en inglés) [para los afiliados en Pago por Servicio (Fee For Service; FFS), escanéelo y envíelo por correo electrónico a MAHS.CBPC@dhs.nj.gov] o a un proveedor de cuidados paliativos dentro de la red. Los proveedores también deben almacenar la evaluación en el expediente electrónico de salud del afiliado o afiliada.

Orientación general

- Escriba a mano de forma legible o llene el formulario electrónicamente.
- Complete todos los campos, usando “N/C” (no corresponde) cuando corresponda.
- Adjunte toda nota clínica relevante o documentación de respaldo.
- Asegúrese de enviar el formulario a tiempo para evitar demoras en los cuidados.
- Si tiene preguntas sobre cómo completar el formulario, comuníquese con MAHS.CBPC@dhs.nj.gov

Orientación sección por sección

SECCIÓN A: INFORMACIÓN DE LA REMISIÓN (REFERENCIA)

- Proporcione información sobre la persona que completa el formulario y cualquier proveedor de cuidados paliativos recomendado, si se conoce.

SECCIÓN B: DATOS DEMOGRÁFICOS DEL AFILIADO O AFILIADA

- Introduzca la información demográfica, de contacto, del idioma y de consentimiento del afiliado o afiliada.

SECCIÓN C: INFORMACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

- Proporcione el nombre y la información de contacto del proveedor de atención primaria del afiliado o afiliada para apoyar la coordinación de los cuidados.

SECCIÓN D: FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE ELEGIBILIDAD

- Indique si el afiliado o afiliada padece una enfermedad grave, si ésta afecta su calidad de vida y describa brevemente la necesidad principal que motiva esta evaluación.

SECCIÓN E: ENVÍO DEL FORMULARIO COMPLETADO

- Envíe la evaluación completada al plan de salud del afiliado o afiliada mediante el portal de proveedores de su Organización de Atención Administrada (MCO, por sus siglas en inglés) (para los afiliados en Pago por Servicio, escanéelo y envíelo por correo electrónico a MAHS.CBPC@dhs.nj.gov) o a un proveedor de cuidados paliativos dentro de la red para respaldar la remisión (referencia) a una Evaluación Médica Integral inicial y la posible incorporación al beneficio de los CBPC. Los proveedores también deben guardar la evaluación en el expediente electrónico de salud del afiliado o afiliada.

SECCIÓN A: INFORMACIÓN DE LA REMISIÓN (REFERENCIA)				
Fecha de la remisión:		Fecha prevista de alta: (si corresponde)		
Cargo de quien remite:	<input type="radio"/> Administrador de la Atención <input type="radio"/> Proveedor <input type="radio"/> Auto-remisión <input type="radio"/> Otro: _____			
Nombre de quien remite:				
Correo electrónico de quien remite:		Número telefónico de quien remite:		
Proveedor(es) de cuidados paliativos recomendado(s): (si corresponde)				
SECCIÓN B: DATOS DEMOGRÁFICOS DEL AFILIADO O AFILIADA				
Nombre del (la) afiliado(a): (apellido, primer nombre, inicial segundo nombre)			Núm. de identificación de Medicaid:	
Plan de salud: <input type="radio"/> Aetna Better Health of New Jersey <input type="radio"/> Fidelis Care <input type="radio"/> Pago por servicio (Fee-For-Service; FFS) <input type="radio"/> Horizon NJ Health <input type="radio"/> UnitedHealthcare (UHC) <input type="radio"/> Wellpoint	Sexo: <input type="radio"/> H <input type="radio"/> M <input type="radio"/> Otro		Edad:	
	Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa)			
Dirección:				
	número y calle	ciudad	condado	estado código postal
Teléfono de casa:		Teléfono móvil:		
Idioma preferido:	<input type="radio"/> Inglés <input type="radio"/> Español <input type="radio"/> Chino-Mandarín <input type="radio"/> Chino-Cantonés <input type="radio"/> Portugués <input type="radio"/> Tagalog <input type="radio"/> Coreano <input type="radio"/> Otro: _____			
Consentimiento del (la) afiliado(a) (si corresponde; si se designa un apoderado, agregue la información abajo): <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Apoderado para la atención de la salud (Power of Attorney; POA)? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
Información de contacto de la persona cuidadora/del contacto alternativo				
Si no hay Persona cuidadora, introduzca "Ninguna"; si el Apoderado para la atención de la salud es Sí, introduzca la información de la persona responsable de tomar las decisiones médicas.				
Nombre:		Relación:		
Correo electrónico:		Número del teléfono móvil:		
SECCIÓN C: INFORMACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA				
Nombre:				
Dirección:				
	número y calle	ciudad	estado	código postal
Número telefónico del consultorio:		Número de fax:		

SECCIÓN D: FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE LA ELEGIBILIDAD			
Sección 1			
¿Tiene el afiliado o afiliada alguna enfermedad grave? (seleccione todas las opciones que correspondan)	Adultos:	<input type="checkbox"/> Alzheimer u otras demencias <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva <input type="checkbox"/> ESRD o enfermedad renal crónica <input type="checkbox"/> Afección neural degenerativa (p. ej., Parkinson, trastornos neurodegenerativos graves)	<input type="checkbox"/> Cáncer (Etapa III o IV) <input type="checkbox"/> Cirrosis o enfermedad hepática <input type="checkbox"/> Derrame cerebral <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> No – el afiliado o afiliada no padece ninguna enfermedad grave.
	Menores de edad:	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática terminal <input type="checkbox"/> Enfermedad metabólica/inclusiva <input type="checkbox"/> Trastornos ortopédicos <input type="checkbox"/> Trastorno neurológico	<input type="checkbox"/> EPOC <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> SIDA <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Trastornos genéticos <input type="checkbox"/> Enfermedad infecciosa <input type="checkbox"/> Enfermedades o afecciones gastrointestinales <input type="checkbox"/> Neonatal <input type="checkbox"/> Enfermedad renal <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> No – el afiliado o afiliada no padece ninguna enfermedad grave.
Otra enfermedad grave no incluida arriba y su descripción:			
Código ICD-10: (si se conoce/si corresponde)		Descripción del código ICD-10: (si se conoce/si corresponde)	
Sección 2			
¿La enfermedad grave está afectando la calidad de vida del afiliado o afiliada? (seleccione todas las limitaciones)	<input type="checkbox"/> Dificultad para realizar actividades diarias sin ayuda (p. ej., bañarse, vestirse, ir al baño, desplazarse, comer) <input type="checkbox"/> Visitas a la sala de emergencias	<input type="checkbox"/> Hospitalizaciones <input type="checkbox"/> Otra (por favor, describa): <input type="checkbox"/> No – sin limitaciones.	
Sección 3			
Especifique la mayor necesidad del afiliado o afiliada y/o persona cuidadora que motivó que se hiciera esta evaluación y proporcione un breve resumen de esta solicitud:			
SECCIÓN E: ENVÍO DEL FORMULARIO COMPLETADO			
<p>Si el afiliado o afiliada responde algo distinto a ‘No’ en la Sección 1 Y en la Sección 2 de la Sección D, podría calificar para recibir Cuidados Paliativos Basados en la Comunidad. Envíe este formulario de evaluación al proveedor de atención de la salud del afiliado o afiliada o al plan de salud mediante el Portal de proveedores de su Organización de Atención Administrada (MCO, por sus siglas en inglés) (para afiliados en Pago por Servicio, escanéelo y envíelo por correo electrónico a MAHS.CBPC@dhs.nj.gov) para ayudar al afiliado o afiliada a acceder a este beneficio. Los proveedores también deben guardar la evaluación en el expediente electrónico de la salud del afiliado o afiliada. Se debe realizar una Evaluación Médica Integral para confirmar la elegibilidad del afiliado o afiliada.</p>			