**CRITERIOS DE EVALUACIÓN INICIAL PARA LA ELIGIBILIDAD DE LOS TBS**

**LLENE POR COMPLETO Y ADJUNTE EL PLAN DE TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL** **ACTUAL**

ENTREGUE TODOS LOS DOCUMENTOS A:

Andrea Kiefer, LCSW, Coordinadora de los TBS

(510) 383-5128 [Andrea.Kiefer@acgov.org](mailto:Andrea.Kiefer@acgov.org) FAX: 1(888)818-1501

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Haga clic aquí para agregar texto | Haga clic aquí para agregar texto | M F Otro |
| **NOMBRE DEL NIÑO/JOVEN** | FECHA DE NACIMIENTO | GRUPO ÉTNICO |  |

**¿Cobertura total de Medi-Cal?** Sí No (no es elegible para los TBS)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Haga clic aquí para agregar texto | Haga clic aquí para agregar texto |
| **Idioma de preferencia** | **Nro. de Seguro Social** |

**Membresía de clase certificada:** el niño/joven debe cumplir con UNO de los siguientes criterios:

Estar en un Programa Terapéutico Residencial a Corto Plazo (Short-Term Residential Therapeutic

Program, STRTP) o centro de tratamiento cerrado.

Ser considerado por el condado para ingresar a un STRTP o centro de tratamiento cerrado.

Firma del trabajador del condado o del MHP\* responsable\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Haber tenido una hospitalización psiquiátrica en los últimos 24 meses relacionada con la discapacidad actual.

Fecha(s) de hospitalización: Haga clic aquí para agregar texto.

Recibió los Servicios Terapéuticos del Comportamiento (Therapeutic Behavioral Services, TBS) cuando era miembro de la clase certificada: Fecha(s) Haga clic aquí para agregar texto

Estar en riesgo de hospitalización psiquiátrica

Firma del representante del MHP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*MHP = Proveedor de Salud Mental (Mental Health Provider, MHP)

|  |
| --- |
| Para ser llenado y firmado por el proveedor especializado en salud mental actual. **Se adjunta un plan de tratamiento actual que incluye un diagnóstico según el Manual Diagnóstico y Estadístico (Diagnostic and Statistical Manual, DSM).**  **Servicio requerido** (marque uno)**.** **Según mi juicio clínico, es muy probable que sin el apoyo adicional a corto plazo de los Servicios Terapéuticos de Comportamiento este niño/joven:**  Necesitará ser colocado fuera del hogar o en un nivel superior de atención residencial, que incluye  los cuidados intensivos, debido al cambio en los comportamientos o síntomas del joven que ponen  en peligro su colocación.    Necesite este apoyo adicional para la transición a un nivel inferior de colocación residencial.  Aunque el joven pueda estar estable en la colocación actual, se espera un cambio en el  comportamiento o los síntomas, y se necesitan Servicios Terapéuticos de Comportamiento para  estabilizar al niño en el nuevo ambiente. (Provea la documentación que se indica en la página 2).    Ninguno de los anteriores corresponde. (No es elegible para los TBS).    Si este niño/joven ha sido autorizado para recibir TBS, acepto colaborar con el proveedor de los TBS, lo que incluirá contacto telefónico. Incorporaré los TBS en mi plan de tratamiento como intervención. **He adjuntado una copia del plan de tratamiento actual del cliente, que incluye un diagnóstico según el DSM.**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_Haga clic aquí para agregar texto  Firma del proveedor de salud mental Nombre en letra de imprenta del proveedor de salud mental  Correo electrónico Haga clic aquí para agregar texto. Teléfono Haga clic aquí para agregar texto.  FAX Haga clic aquí para agregar texto. Agencia Haga clic aquí para agregar texto. |

**Residencias primarias para los niños que reciben TBS** (marque todas las que correspondan)

|  |  |
| --- | --- |
| **LUGAR** | **NOMBRE, DIRECCIÓN, TELÉFONO** |
| Hogar familiar | Haga clic aquí para agregar texto. |
| Hogar de acogida | Haga clic aquí para agregar texto. |
| Agencia de familias de  acogida | Haga clic aquí para agregar texto. |
| Hogar grupal/STRTP | Haga clic aquí para agregar texto. |
| Otro | Haga clic aquí para agregar texto. |

**Describa específicamente y concretamente el/los comportamiento(s) que ponen en riesgo las condiciones de vida actuales o los comportamientos que ponen al cliente en riesgo de hospitalización psiquiátrica:**

|  |
| --- |
| Haga clic aquí para agregar texto. |
|  |
|  |

**¿Qué servicios e intervenciones se han proporcionado o se están proporcionando actualmente para abordar este comportamiento?**

|  |
| --- |
|  |

**Recibe actualmente este cliente algún servicio de parte de:**

Fred Finch Youth Center  Lincoln Families  Seneca Center  No corresponde

**Historial significativo o área de necesidad que afecta el/los comportamiento(s):** (marque todas las que correspondan, comentarios)

|  |  |
| --- | --- |
| Tratamiento previo/colocación  Familia/social  Historial de abuso  Abuso de sustancias  Medicación actual (enumere)  Problemas médicos  Escuela/IEP  Funcionamiento del desarrollo/CI | Haga clic aquí para agregar texto. |
| Haga clic aquí para agregar texto. |
| Haga clic aquí para agregar texto. |
| Haga clic aquí para agregar texto. |
| Haga clic aquí para agregar texto. |
| Haga clic aquí para agregar texto. |
| Haga clic aquí para agregar texto. |
| Haga clic aquí para agregar texto. |

**Diagnósticos del DSM para especialidades de salud mental**

**Código de Clasificación internacional de Enfermedades (CIE) y Diagnóstico (DX):** Haga clic aquí para agregar texto.

**Fecha del diagnóstico dado:** Haga clic aquí para agregar texto.

Firma de la persona que llena el formulario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: Haga clic aquí para agregar texto.

Nombre en letra de imprenta de la persona que llena Teléfono: Haga clic aquí para agregar texto.

el formulario: Haga clic aquí para agregar texto.

Agencia: Haga clic aquí para agregar texto. FAX: Haga clic aquí para agregar texto.

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE CONTACTO Y CONSENTIMIENTO**

(Debe presentarse con remisión)

Los Servicios Terapéuticos de Salud del Comportamiento (TBS) son servicios auxiliares, de corto plazo e individuales de intervención del comportamiento para clientes elegibles con cobertura total de Medi-Cal quienes reciben los servicios de un terapeuta primario de salud mental (SMTP). Estos clientes también tienen graves problemas emocionales y experimentan una transición estresante o una crisis existencial, y necesitan servicios de salud mental adicionales, por ejemplo, los TBS para prevenir la colocación en un hogar grupal/STRTP o en un centro cerrado para el tratamiento de sus necesidades de salud mental. Los TBS se utilizan también para facilitar la transición desde cualquier nivel a un nivel inferior de atención residencial. Los TBS se reducen cuando se indican y se interrumpen cuando se alcanzan los objetivos de comportamiento meta identificados o, según el juicio clínico del proveedor de los TBS, cuando se es consciente de que estos objetivos no se alcanzarán.

Nuestro grupo de proveedores de TBS está conformado por profesionales y personal paraprofesional. El personal profesional puede tener licencia, los pasantes trabajan para obtener la licencia o pueden estar exentos de esta. Para proveer servicios integrales y completos, la información del cliente puede compartirse sobre la base de necesidad de conocimiento para supervisión y consulta. La información del cliente también se puede intercambiar entre los participantes de las agencias asociadas designadas que participan en la prestación de este servicio integral como un equipo de colaboración. La información revelada por usted, el joven u otros miembros de la familia mientras participan en los TBS generalmente es confidencial, a menos que se apliquen excepciones a la confidencialidad. Las excepciones a la confidencialidad incluyen (pero no se limitan a) informar sospechas de abuso infantil o amenazas expresas de violencia hacia sí mismo o hacia una víctima identificable, y ciertos procedimientos legales.

**Información de contacto\*\***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Escriba el nombre de la persona/las agencias** involucradas en el tratamiento integral de su niño/del joven. Esto permitirá que el proveedor de los TBS haga un contacto inicial con el equipo de tratamiento de colaboración.  Haga clic aquí para agregar texto.  Nombre en letra de imprenta del niño/joven | | | |
| Proveedor de salud mental: | Haga clic aquí para agregar texto. |  | Teléfono: Clic aquí para agregar texto. |
| Padre/cuidador: | Haga clic aquí para agregar texto. |  | Teléfono: Clic aquí para agregar texto. |
| Trabajador de Bienestar Infantil (CWW): | Haga clic aquí para agregar texto. |  | Teléfono: Clic aquí para agregar texto. |
| Oficial de libertad condicional: | Haga clic aquí para agregar texto. |  | Teléfono: Clic aquí para agregar texto. |
| Gerente de Casos de ERMHS | Haga clic aquí para agregar texto. |  | Teléfono: Clic aquí para agregar texto. |
| Gerente de Casos del Centro Regional: | Haga clic aquí para agregar texto. |  | Teléfono: Clic aquí para agregar texto. |
| Personal del hogar grupal: | Haga clic aquí para agregar texto. |  | Teléfono: Clic aquí para agregar texto. |
| Personal escolar: | Haga clic aquí para agregar texto. |  | Teléfono: Clic aquí para agregar texto. |
| Abogado: | Haga clic aquí para agregar texto. |  | Teléfono: Clic aquí para agregar texto. |

**Divulgación de información\*\***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Firme si usted es el padre o representante legal, y autoriza la divulgación y el intercambio de información a/de parte del proveedor de los TBS y contactos que se indicaron anteriormente. La divulgación permitirá el intercambio de información con los miembros del equipo de colaboración para planificar adecuadamente los servicios relacionados con los TBS. Esta divulgación está sujeta a anulación por parte de los abajo firmantes en cualquier momento y, si no se anula antes, caducará en un año a partir de la fecha de la firma de la misma. | | | | |
| Haga clic aquí para agregar texto.  Nombre en letra de imprenta del niño/joven | | | | |
| Nombre en letra de imprenta del padre/Repr. legal: | | Haga clic aquí para agregar texto. |  | Teléfono: Haga clic aquí para agregar texto. |
| Firmado: |  |  |  | Fecha: Haga clic aquí para agregar texto. |
|  | (Padre/Repr. legal) | |  |  |
| Firma del cliente: | |  |  | Fecha: Haga clic aquí para agregar texto. |
| Si el cliente se niega a firmar o no está disponible, explique. | | |  |  |

**Consentimiento para los TBS\*\***

|  |
| --- |
| Doy mi consentimiento para que Haga clic aquí para agregar texto. reciba Servicios Terapéuticos de Comportamiento.  *Este consentimiento está sujeto a anulación por parte de los abajo firmantes en cualquier momento y, si no se anula antes, caducará en un año a partir de la fecha de la firma del mismo.*  Firmado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre en letra de imprenta: Haga clic aquí para agregar texto. Fecha: Clic aquí para agregar texto.  (Padre o Representante legal) (Padre o Representante legal) |

**\*\*NOTA: Para los Dependientes del Tribunal solamente, se requiere Información de Contacto y Consentimiento para los TBS, no la firma en la Divulgación de Información.**