



FORMULARIO DE REFERENCIA A ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN MEJORADA (ENHANCED CARE MANAGEMENT, ECM) PARA ADULTOS

Llene las secciones del 1 al 6. Si hay alguna sección obligatoria que no puede completar, llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health gratuitamente al 1-800-587-8088 (TTY 711) para obtener ayuda adicional antes de enviar este formulario.

1. INFORMACIÓN DEL MIEMBRO <i>El asterisco (*) indica que es información obligatoria.</i>	
Fecha de la referencia*	
Tipo de referencia*	<input type="checkbox"/> Rutina <input type="checkbox"/> Acelerada
Plan de atención médica administrada del miembro*	
Nombre del miembro*	
Apellido del miembro*	
Número de identificación de cliente (CIN) de Medi-Cal del miembro	
Número de identificación del Plan de atención médica administrada del miembro	
Fecha de nacimiento del miembro (MES/DÍA/AÑO)*	
Número de teléfono principal del miembro*	
Idioma preferido del miembro	
Nombre del médico general del miembro	
Dirección residencial del miembro	<input type="checkbox"/> Marque aquí si aplica en su caso: Sin dirección residencial fija. Si está disponible, indique el lugar que visita el miembro con más frecuencia.

1. INFORMACIÓN DEL MIEMBRO (cont.)

El asterisco () indica que es información obligatoria.*

Ciudad de residencia del miembro	
Código postal de residencia del miembro	
Correo electrónico del miembro	
Mejor forma para contactar al miembro/cuidador, si aplica	<input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo electrónico
La mejor hora para contactar al miembro/cuidador	
Nombre del padre/tutor legal/cuidador, si aplica	
Número de teléfono del padre/tutor legal/cuidador, si aplica	
Correo electrónico del padre/tutor legal/cuidador, si aplica	

2. FUENTE DE INFORMACIÓN DE LA REFERENCIA

Nombre de la organización remitente*	
Número de identificación nacional del proveedor (NPI) de la organización remitente	
Nombre de la persona remitente*	
Título de la persona remitente	
Número de teléfono de la persona remitente*	
Dirección de correo electrónico de la persona remitente*	
Relación de la persona remitente con el miembro*	<input type="checkbox"/> Proveedor médico <input type="checkbox"/> Proveedor de servicios sociales <input type="checkbox"/> Otro Proporcione información adicional detallada en la Sección 5: Comentarios adicionales

2. FUENTE DE INFORMACIÓN DE LA REFERENCIA (cont.)

SOLO SOCIOS COMUNITARIOS (PROVEEDORES QUE NO SON ECM)

¿Cuenta el miembro con un proveedor de ECM preferido?

Elija 1 de las siguientes opciones:

- Sí, este miembro tiene un proveedor de ECM preferido

Administrador(a) de atención de ECM preferido(a)

Organización del proveedor de ECM preferido

- No, este miembro no tiene un proveedor de ECM preferido

SOLO PROVEEDORES ECM

¿Recomienda la organización remitente que se les asigne como el proveedor de ECM del miembro?

Elija 1 de las siguientes opciones:

- Sí, nuestra organización debe ser el proveedor de ECM del miembro

- No, nuestra organización recomienda que este miembro sea asignado a otro proveedor de ECM con base en sus necesidades

Proporcione información adicional detallada en la Sección 5: Comentarios adicionales.

- No, este miembro quiere otro proveedor de ECM preferido

Administrador(a) de atención de ECM preferido(a)

Organización del proveedor de ECM preferido_____

3. ELIGIBILIDAD DEL MIEMBRO PARA ECM POR POBLACIÓN PRIORITARIA

ELIGIBILIDAD DE ADULTOS (MAYORES DE 21) PARA ECM: MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN

Si el miembro que está siendo remitido es un adulto, revise cada indicador y responda sí a todas aquellas secciones que aplican para cada Población Prioritaria. **Deje en blanco todos los indicadores que no apliquen, en la medida de su conocimiento.** Use la Sección 5: Comentarios adicionales, para indicar cualquier área donde pueda ser necesaria una revisión adicional del MCP. Para una guía adicional sobre las definiciones de POF ECM, por favor consulte la [Guía de la política ECM](#).

Si no está seguro si es un miembro elegible para ECM, llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health gratuitamente al **1-800-587-8088** (TTY **711**).

FALTA DE VIVIENDA: Adultos que experimentan falta de vivienda

(Aviso: Para referir a una familia sin vivienda a ECM, use la Sección Niños y Jóvenes)

Confirme que el miembro cumple con ambos de los siguientes requisitos:

- El miembro experimenta falta de vivienda (sin hogar, en un refugio, a punto de perder su vivienda en los próximos 30 días, salir de una institución para convertirse en una persona sin hogar o estar huyendo de violencia interpersonal);

Y

- El miembro tiene al menos 1 necesidad física, del comportamiento o del desarrollo compleja (incluye embarazo o posparto dentro de los 12 meses posteriores al parto) y se beneficiaría de la coordinación de la atención.

HOSPITALIZACIÓN O UTILIZACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS (EMERGENCY DEPARTMENT, ED) EVITABLE: Adultos en riesgo de una hospitalización evitable o utilización de ED

Confirme que el miembro cumple al menos con 1 de los siguientes requisitos:

- El miembro ha tenido 5 o más visitas a la sala de emergencias en los últimos 6 meses que podrían haberse evitado con una atención adecuada;

Y/O

- El miembro ha tenido 3 o más hospitalizaciones no planificadas o estancias de corto plazo en un establecimiento de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) en los últimos 6 meses que podrían haberse evitado con una atención adecuada.

3. ELIGIBILIDAD DEL MIEMBRO PARA ECM POR POBLACIÓN PRIORITARIA (cont.)

TRASTORNOS MENTALES GRAVES O POR CONSUMO DE SUSTANCIAS: Adultos con problemas graves de salud mental o con necesidades por problemas de consumo de sustancias (Substance Use Disorder, SUD)

Confirme que el miembro cumple con todos los siguientes requisitos:

- El miembro cumple el criterio de elegibilidad para, y/o está obteniendo servicios por medio de al menos 1 de los siguientes medios:
 - Servicios especializados de salud mental (Specialty Mental Health Services, SMHS) prestados por un plan de salud mental (Mental Health Plan, MHP): Tiene un deterioro significativo (sufrimiento, discapacidad o disfunción social, ocupacional u otra actividad importante) O una probabilidad razonable de un deterioro significativo en un área importante del funcionamiento vital.
 - El Sistema de Suministro Organizado de Medicamentos de Medi-Cal (Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS): Está experimentando al menos 1 diagnóstico de problemas de adicción o relacionado al consumo de sustancias con excepción de problemas de tabaquismo y trastornos no relacionados con el consumo de sustancias.
 - Programa Medicamentos de Medi-Cal (Drug Medi-Cal, DMC): Está experimentando al menos 1 diagnóstico de problemas de adicción o relacionado al consumo de sustancias con excepción de problemas de tabaquismo y trastornos no relacionados con el consumo de sustancias.

Y

- El miembro está experimentando al menos 1 factor social complejo que influye en su salud, los cuales incluyen, entre otros: falta de acceso a alimentos, falta de acceso a una vivienda estable, incapacidad para trabajar o participar en la comunidad, antecedentes de haber estado en el programa de crianza temporal para jóvenes, historial de contactos recientes con las fuerzas del orden público relacionados o con servicios de intervención en crisis relacionados con síntomas de salud mental o consumo de sustancias;

Y

- El miembro cumple 1 o más de los siguientes requisitos:
 - Está en alto riesgo de institucionalización, sobredosis o suicidio
 - Uso de servicios para crisis, salas de emergencias (Emergency Rooms, ER), centros de cuidado urgente u hospitalizaciones como fuente principal de atención médica.
 - Ha experimentado 2 o más visitas a ER o 2 o más hospitalizaciones debido a problemas graves de salud mental o SUD en los últimos 12 meses.
 - Está embarazada o en el periodo posparto (hasta 12 meses posteriores al parto).

3. ELIGIBILIDAD DEL MIEMBRO PARA ECM POR POBLACIÓN PRIORITARIA (cont.)

RELACIÓN CON EL SISTEMA JUDICIAL: Adultos en proceso de reintegrarse después de estar en la cárcel en los últimos 12 meses

Confirme que el miembro cumple con todos los siguientes requisitos:

- El miembro está en proceso de salir o salió de un centro penitenciario (por ejemplo, prisión, cárcel o centro correccional juvenil) en los últimos 12 meses.

Y

- El miembro tiene al menos 1 de las siguientes afecciones:
 - Enfermedad mental
 - Trastorno por consumo de sustancias (SUD)
 - Afección crónica/afección clínica no crónica significativa
 - Discapacidad intelectual o del desarrollo (Intellectual or Developmental Disabilities, I/DD)
 - Lesión cerebral por traumatismo
 - VIH/SIDA
- Está embarazada o en el periodo posparto (hasta 12 meses posteriores al parto).

INTERNADO EN UN ESTABLECIMIENTO DE CUIDADOS A LARGO PLAZO (LONG-TERM CARE, LTC): Adultos que viven en la comunidad y corren el riesgo de ser internados en un establecimiento de cuidados a largo plazo

Confirme que el miembro cumple con todos los siguientes requisitos:

- El miembro cumple al menos con 1 de los siguientes requisitos:
 - Vive en la comunidad y cumple los criterios para el nivel de atención de un establecimiento de enfermería especializada (SNF).
 - Requiere servicios de enfermería especializada menos intensos, como servicios médicos y de enfermería intermitentes o por tiempo limitado, apoyo o equipo para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión aguda.

Y

- El miembro está experimentando activamente al menos un factor social o ambiental complejo que influye en su salud (los cuales incluyen, entre otros: la necesidad de ayuda con las actividades de la vida diaria (Activities of Daily Living, ADL), dificultades de comunicación, acceso a alimentos, acceso a una vivienda estable, vivir solo, la necesidad de una tutela o toma de decisiones guiada, cuidado deficiente o inadecuado que puede evidenciarse como falta de supervisión de la seguridad).

3. ELIGIBILIDAD DEL MIEMBRO PARA ECM POR POBLACIÓN PRIORITARIA (cont.)

Y

- El miembro puede residir de manera continua en la comunidad con apoyos integrales.

RESIDENTES DE ESTABLECIMIENTOS DE ENFERMERÍA QUE ESTÁN HACIENDO SU TRANSICIÓN A LA COMUNIDAD: Adultos residentes de establecimiento de enfermería que están en proceso de reintegrarse a la comunidad

Confirme que el miembro cumple con todos los siguientes requisitos:

- El miembro reside actualmente en un establecimiento de enfermería y le interesa abandonar la institución

Y

- El miembro tiene altas probabilidades de realizar con éxito esta transición.

Y

El miembro puede residir de manera continua en la comunidad.

EQUIDAD DE NACIMIENTO: Personas embarazadas o en periodo posparto en riesgo de resultados perinatales adversos

Confirme que el miembro cumple con todos los siguientes requisitos:

- La miembro está embarazada o en periodo posparto (hasta un periodo de 12 meses).

Y

- La miembro enfrenta disparidades raciales y étnicas según lo establecido por los datos de salud pública de California sobre morbilidad y mortalidad materna. A partir de 2024, esta definición incluye a los miembros que se identifican como negros, indígenas estadounidenses o nativos de Alaska, y de las islas del Pacífico (se recomienda que los remitentes den prioridad a la autoidentificación del miembro).

4. INSCRIPCIÓN EN OTROS PROGRAMAS Y SERVICIOS (OPCIONAL)

Por favor, use la siguiente tabla **opcional** para indicar otros programas y servicios que el miembro está recibiendo bajo Medi-Cal. Algunos servicios de Medi-Cal pueden requerir coordinación con ECM. Como otros servicios de Medi-Cal pueden ofrecer apoyo similar al de ECM, los miembros pueden quedar excluidos de recibir ECM y estos servicios similares simultáneamente. El plan de atención médica administrada revisará la siguiente información y determinará la elegibilidad del miembro para ECM. El plan de atención médica administrada es responsable de determinar la elegibilidad para ECM, y no la persona remitente.

Si el remitente sabe que el miembro está inscrito en algún otro plan de atención médica administrada o programa de coordinación que requiera coordinación con ECM (como, Servicios para Niños de California, Administración de casos específicos de Servicios especializados de salud mental, entre otros), por favor comparta esta información adicional en la Sección 5: Comentarios adicionales. **Deje en blanco todos los elementos que no apliquen en la medida de su conocimiento.**

PROGRAMAS	
<input type="checkbox"/> Plan para miembros con necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP)	<input type="checkbox"/> Cuidado paliativo
<input type="checkbox"/> Planes para miembros con necesidades especiales completamente integrados (FIDE-SNPs)	<input type="checkbox"/> Programa de Atención Integral para Personas de la Tercera Edad (PACE)
<input type="checkbox"/> Programa de servicios multipropósito para personas de la tercera edad (MSSP)	<input type="checkbox"/> Programa de auto determinación para personas con discapacidad intelectual o de desarrollo (Intellectual or Developmental Disability, I/DD)
<input type="checkbox"/> Exención de ayuda para vivir (Assisted Living Waiver, ALW)	<input type="checkbox"/> Centros de transición a la comunidad de California (California Community Transitions, CCT)
<input type="checkbox"/> Exención de opciones basadas en el hogar y en la comunidad (Home and Community-Based Alternatives, HCBA)	<input type="checkbox"/> Exención de VIH/SIDA

5. COMENTARIOS ADICIONALES:

Use esta sección para brindar comentarios adicionales para las Secciones 1 a 4, según sea necesario.

6. INFORMACIÓN PARA EL ENVÍO Y PASOS A SEGUIR

Al enviar este formulario, la persona remitente certifica, en la medida de su conocimiento, que la información que se presenta en este formulario es correcta. Envíe el Formulario de referencia para ECM completo a CalOptima Health por correo electrónico a CalAIMReferral@caloptima.org o por fax al 1-714-338-3145. Después del envío, el MCP tomará una decisión sobre la autorización de ECM dentro de un plazo de 5 días hábiles. Si el miembro es elegible, un proveedor de ECM se comunicará con el miembro para confirmar su interés en ECM y proceder con la inscripción de los servicios.

FORMULARIO DE REFERENCIA A ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN MEJORADA (ENHANCED CARE MANAGEMENT, ECM) PARA NIÑOS Y JÓVENES

Llene las secciones del 1 al 6. Si hay alguna sección obligatoria que no puede completar, llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health gratuitamente al 1-800-587-8088 (TTY 711) para obtener ayuda adicional antes de enviar este formulario.

1. INFORMACIÓN DEL MIEMBRO	
<i>El asterisco (*) indica que es información obligatoria.</i>	
Fecha de la referencia*	
Tipo de referencia*	<input type="checkbox"/> Rutina <input type="checkbox"/> Urgente
Plan de atención médica administrada del miembro*	
Nombre del miembro*	
Apellido del miembro*	
Número de identificación de cliente (CIN) de Medi-Cal del miembro	
Número de identificación del Plan de atención médica administrada del miembro	
Fecha de nacimiento del miembro (MES/DÍA/AÑO)*	
Número de teléfono principal del miembro*	
Idioma preferido del miembro	
Nombre del médico general del miembro	
Dirección residencial del miembro	<input type="checkbox"/> Marque aquí si aplica en su caso: Sin dirección residencial fija. Si está disponible, indique el lugar que visita el miembro con más frecuencia.
Ciudad de residencia del miembro	
Código postal de residencia del miembro	

1. INFORMACIÓN DEL MIEMBRO (cont.)

El asterisco () indica que es información obligatoria.*

Correo electrónico del miembro	
Mejor forma para contactar al miembro/cuidador (teléfono o correo electrónico)	<input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo electrónico
La mejor hora para contactar al miembro/cuidador	
Nombre del padre/tutor legal/cuidador, si aplica	
Número de teléfono del padre/tutor legal/cuidador, si aplica	
Correo electrónico del padre/tutor legal/cuidador, si aplica	

2. FUENTE DE INFORMACIÓN DE LA REFERENCIA

Nombre de la organización remitente*	
Número de identificación nacional del proveedor (NPI) de la organización remitente	
Nombre de la persona remitente*	
Título de la persona remitente	
Número de teléfono de la persona remitente*	
Dirección de correo electrónico de la persona remitente*	
Relación de la persona remitente con el miembro*	<input type="checkbox"/> Proveedor médico <input type="checkbox"/> Proveedor de servicios sociales <input type="checkbox"/> Otro Proporcione información adicional detallada en la Sección 5: Comentarios adicionales

2. FUENTE DE INFORMACIÓN DE LA REFERENCIA (cont.)

SOLO SOCIOS COMUNITARIOS (PROVEEDORES QUE NO SON ECM)

¿Cuenta el miembro con un proveedor de ECM preferido?

Elija 1 de las siguientes opciones:

Sí, este miembro cuenta un proveedor de ECM preferido

Administrador(a) de atención de ECM preferido(a)

Organización del proveedor de ECM preferido

No, este miembro no tiene un proveedor de ECM preferido

SOLO PROVEEDORES ECM

¿Recomienda la organización remitente que se les asigne como el proveedor de ECM del miembro?

Elija 1 de las siguientes opciones:

Sí, nuestra organización debe ser el proveedor de ECM del miembro

No, nuestra organización recomienda que este miembro sea asignado a otro proveedor de ECM con base a sus necesidades.

Proporcione información adicional detallada en la Sección 5: Comentarios adicionales.

No, este miembro quiere otro proveedor de ECM preferido

Administrador(a) de atención de ECM preferido(a)

Organización del proveedor de ECM preferido

3. ELIGIBILIDAD DEL MIEMBRO PARA ECM POR POBLACIÓN PRIORITARIA

ELIGIBILIDAD DE NIÑOS Y JÓVENES (MENORES DE 21 AÑOS) O FAMILIAS CON FALTA DE VIVIENDA PARA ECM: MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN

Si el miembro que está siendo remitido es un niño, joven o familia sin vivienda, revise cada indicador y responda sí a todas aquellas secciones que aplican en las definiciones de Población Prioritaria de niños y jóvenes, para ayudar al MCP a determinar si es que la persona califica para ECM y comprende las necesidades infantiles, juveniles o familiares de la manera más completa posible.

Deje en blanco todos los indicadores que no apliquen, en la medida de su conocimiento.

Si está remitiendo a un niño o joven que está experimentando falta de vivienda y sus familiares o cuidadores también están experimentando falta de vivienda y tiene cobertura por medio de la atención administrada de Medi-Cal, favor de considerar referir a todos los miembros de familia o cuidadores para los servicios ECM. Se recomienda que los MCP trabajen con los proveedores ECM para servir a una unidad familiar en conjunto cuando son remitidos por experimentar falta de vivienda.

*Si no está seguro si es un miembro elegible para ECM, llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health gratuitamente al **1-800-587-8088** (TTY **711**).*

FALTA DE VIVIENDA: Familias sin vivienda, o niños y jóvenes sin compañía de adultos y que experimentan falta de vivienda

Confirme que el miembro cumple al menos con 1 de los siguientes requisitos:

- Niños y jóvenes o familias con miembros menores de 21 años que experimentan falta de vivienda (sin hogar, en un refugio, a punto de perder su vivienda en los próximos 30 días, salir de una institución para convertirse en una persona sin hogar o estar huyendo de violencia interpersonal);

Y/O

- Niños y jóvenes o familias compartiendo la vivienda de otras personas (por ejemplo, duerme en el sofá) debido a pérdida de vivienda, dificultades económicas o un motivo similar; están viviendo en moteles, hoteles, parques de casas móviles o terrenos para acampar debido a la falta de alternativas de alojamiento adecuado o están viviendo en albergues de emergencia o transición, o fue abandonado en hospitales (en un hospital sin un lugar seguro al cual pueda ser dado de alta).

3. ELIGIBILIDAD DEL MIEMBRO PARA ECM POR POBLACIÓN PRIORITARIA (cont.)

HOSPITALIZACIÓN O UTILIZACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS (EMERGENCY DEPARTMENT, ED) EVITABLE: Niños y jóvenes en riesgo de hospitalización evitable o utilización de ED

Confirme que el miembro cumple al menos con 1 de los siguientes requisitos en los últimos 12 meses:

- Niño/joven ha tenido 3 o más visitas a la sala de emergencias en los últimos 12 meses que podrían haberse evitado con una atención adecuada;
Y/O
- Niño/joven ha tenido 2 o más hospitalizaciones no planificadas o estancias de corto plazo en un establecimiento de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) en los últimos 12 meses que podrían haberse evitado con una atención adecuada.

TRASTORNOS MENTALES GRAVES O POR CONSUMO DE SUSTANCIAS: Niños y jóvenes con problemas graves de salud mental o con necesidades por problemas de consumo de sustancias (Substance Use Disorder, SUD)

Confirme que el miembro cumple con los requisitos de elegibilidad y/o está obteniendo por medio de al menos 1 de los siguientes medios:

- Servicios especializados de salud mental (Specialty Mental Health Services, SMHS) prestados por un plan de salud mental (Mental Health Plan, MHP): Miembros menores de 21 años califican para recibir los Servicios especializados de salud mental (Specialty Mental Health Services, SMHS) que son médicamente necesarios.
- El Sistema de Suministro Organizado de Medicamentos de Medi-Cal (Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMH-ODS): Miembros menores de 21 años califican para recibir el DMC-ODS médicamente necesario.
- Programa Medicamentos de Medi-Cal (Drug Medi-Cal, DMC): Servicios cubiertos brindados bajo el DMC deben incluir todos los servicios SUD que son médicamente necesarios para personas menores de 21 años.

RELACIÓN CON EL SISTEMA JUDICIAL: Niños y jóvenes en proceso de reintegrarse después de estar en un centro correccional juvenil

Confirme que el miembro cumple con los siguientes requisitos:

- El miembro está en proceso de salir o salió de un centro correccional juvenil en los últimos 12 meses.

3. ELIGIBILIDAD DEL MIEMBRO PARA ECM POR POBLACIÓN PRIORITARIA (cont.)

- Niños y jóvenes inscritos en Servicios para Niños de California (California Children's Services, CCS) o en el Modelo de Desarrollo Infantil Integral (Whole Child Model, WCM) de CCS con necesidades adicionales más allá de la afección de CCS**

Confirme que el miembro cumple con todos los siguientes requisitos:

- El miembro está inscrito en CCS o en el WCM de CCS.

Y

- El miembro está experimentando al menos 1 factor social complejo que influye en su salud. Ejemplos incluyen, entre otros, la falta de acceso a alimentos, la falta de acceso a una vivienda estable, dificultad para acceder a transporte, experiencias adversas en la infancia (ACE) de grado alto (cuatro o más) según la evaluación, historial de contactos recientes con las fuerzas del orden público o con servicios de intervención en crisis relacionados con síntomas de salud mental o antecedentes de haber estado en el programa de crianza temporal para jóvenes y/o síntomas de consumo de sustancias.

- CUIDADO DE CRIANZA: Niños y jóvenes en programas de bienestar infantil**

Confirme que el miembro cumple al menos con 1 de los siguientes requisitos:

- El miembro es menor de 21 años y actualmente está en cuidado de crianza en California;

Y/O

- El miembro es menor de 21 años y previamente recibió cuidado de crianza en California o en otro estado en los últimos 12 meses;

Y/O

- El miembro es menor de 26 años y creció en cuidado de crianza (estuvo en cuidado de crianza en su cumpleaños número 18 o incluso hasta después de esa edad) en California u otro estado;

Y/O

- El miembro es menor de 18 años y es elegible para el Programa de Asistencia con la Adopción de California;

Y/O

- El miembro es menor de 18 años y actualmente recibe o ha recibido servicios del programa de Mantenimiento Familiar de California en los últimos 12 meses.

3. ELIGIBILIDAD DEL MIEMBRO PARA ECM POR POBLACIÓN PRIORITARIA (cont.)

EQUIDAD DE NACIMIENTO: Personas embarazadas o en periodo posparto en riesgo de resultados perinatales adversos

Confirme que el miembro cumple con todos los siguientes requisitos:

- La miembro está embarazada o en el periodo posparto (hasta 12 meses posteriores al parto).

Y

- La miembro enfrenta disparidades raciales y étnicas según lo establecido por los datos de salud pública de California sobre morbilidad y mortalidad materna. A partir de 2024, esta definición incluye a los miembros que se identifican como negros, indígenas estadounidenses o nativos de Alaska, y de las islas del Pacífico (se recomienda que los remitentes den prioridad a la autoidentificación del miembro).

4. INSCRIPCIÓN EN OTROS PROGRAMAS Y SERVICIOS

Por favor, use la siguiente tabla **opcional** para indicar otros programas y servicios que el miembro está recibiendo bajo Medi-Cal. Algunos servicios de Medi-Cal pueden requerir de coordinación con ECM. Como otros servicios de Medi-Cal pueden ofrecer apoyo similar al de ECM, los miembros pueden quedar excluidos de recibir ECM y estos servicios similares simultáneamente. El plan de atención médica administrada revisará la siguiente información y determinará la elegibilidad del miembro para ECM. El plan de atención médica administrada es responsable de determinar la elegibilidad para ECM, y no la persona remitente.

Si el remitente sabe que el miembro está inscrito en algún otro plan de atención médica administrada o programa de coordinación que requiera coordinación con ECM (como, Servicios para Niños de California, Administración de casos específicos de Servicios especializados de salud mental entre otros), por favor comparta esta información en la Sección 5: Comentarios adicionales. **Deje en blanco todos los elementos que no apliquen en la medida de su conocimiento.**

PROGRAMAS	
<input type="checkbox"/> Plan para miembros con necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP)	<input type="checkbox"/> Cuidado paliativo
<input type="checkbox"/> Planes para miembros con necesidades especiales completamente integrados (FIDE-SNPs)	<input type="checkbox"/> Programa de Atención Integral para Personas de la Tercera Edad (PACE)
<input type="checkbox"/> Programa de servicios multipropósito para personas de la tercera edad (MSSP)	<input type="checkbox"/> Programa de auto determinación para personas con discapacidad intelectual o de desarrollo (Intellectual or Developmental Disability, I/DD)
<input type="checkbox"/> Exención de ayuda para vivir (Assisted Living Waiver, ALW)	<input type="checkbox"/> Centros de transición a la comunidad de California (California Community Transitions, CCT)
<input type="checkbox"/> Exención de opciones basadas en el hogar y en la comunidad (Home and Community-Based Alternatives, HCBA)	<input type="checkbox"/> Exención de VIH/SIDA

5. COMENTARIOS ADICIONALES:

Use esta sección para brindar comentarios adicionales para las Secciones 1 a 4, según sea necesario.

6. INFORMACIÓN PARA EL ENVÍO Y PASOS A SEGUIR

Al enviar este formulario, la persona remitente certifica, en la medida de su conocimiento, que la información que se presenta en este formulario es correcta. Envíe el Formulario de referencia para ECM completo a CalOptima Health por correo electrónico a CalAIMReferral@caloptima.org o por fax al 1-714-338-3145. Después del envío, el MCP tomará una decisión sobre la autorización de ECM dentro de un plazo de 5 días hábiles. Si el miembro es elegible, un proveedor de ECM se comunicarán con el miembro para confirmar su interés en ECM y proceder con la inscripción de los servicios.