

Instrucciones: Este formulario debe ser completado por el individuo que está siendo evaluado si es mayor de 18 años, o por el padre/madre, tutor o representante legal autorizado o por una agencia de cuidado tutelar voluntaria que cuide a dicho niño si el mismo es menor de 18 años y no cumple con las circunstancias que se muestran a continuación*. Un representante legal autorizado se define como "una persona o agencia autorizada por la ley estatal, tribal, militar u otra ley aplicable, orden judicial o consentimiento para actuar en nombre de una persona para la divulgación de información médica". Una agencia de cuidado tutelar voluntaria se refiere a "una agencia bajo contrato con la Administración de Servicios Infantiles de NYC (NYC Administration for Children's Services) para brindar cuidado tutelar".

*[Tenga en cuenta que los/las niños/as que son padres/madres, están embarazadas o casados/as y que, de otra manera, son capaces de brindar su consentimiento, también deben utilizar y completar este formulario].

NOMBRE DEL INDIVIDUO BAJO EVALUACIÓN

NOMBRE HEALTH HOME: ADULTO O NIÑO/A (ENCIERRE UNO EN UN CÍRCULO)

FECHA DE NACIMIENTO DEL INDIVIDUO

Una Evaluación funcional (Functional Assessment, FA):

- Determina la elegibilidad para los Servicios de la salud del comportamiento basados en el hogar y la comunidad (Behavioral Health, Home and Community Based Services, BH HCBS) para individuos mayores de 21 años;
- Determina la elegibilidad para los Servicios de la salud y de la salud del comportamiento basados en el hogar y la comunidad (Health and Behavioral Health, Home and Community Based Services, HBH HCBS) para individuos de hasta 21 años;
- Identifica las fortalezas y las necesidades de HBH HCBS y el Hogar médico infantil (Children's Health Home);
- Identifica los resultados de la evaluación del Children's Health Home.

La FA se utiliza para recopilar información para un Plan de atención, que se debe desarrollar para cualquier persona que califique para HCBS o esté inscrita en un Hogar médico (Health Home). La FA se completará en el Sistema de evaluación uniforme-NY (Uniform Assessment System-NY, UAS-NY), una base de datos segura a nivel estatal que captura y almacena la información identificatoria y las evaluaciones completadas para cada individuo que recibe los servicios. Los rigurosos controles de seguridad protegen la información y restringen el acceso a solamente las personas autorizadas según lo requerido para informar la prestación de los servicios. Si se ha recibido una FA en el pasado, también se revisará para poder asegurar la prestación de los mejores servicios. Como responsable del pago de los servicios de Medicaid en su nombre, el estado de Nueva York también tendrá acceso a su información médica.

Para los individuos mayores de 21 años que necesitan de los servicios, la FA determina la elegibilidad para BH HCBS y se utiliza para recopilar información para desarrollar un Plan de atención.

Para los individuos de hasta 21 años de edad que necesitan los servicios, se requiere una FA para documentar las limitaciones funcionales del individuo para poder determinar la elegibilidad para HBH HCBS. La FA también se utiliza para determinar los resultados de la evaluación del Children's Health Home para los individuos inscritos en un Children's Health Home y para recopilar información para desarrollar un Plan de atención.

Para poder brindarle el mejor servicio a usted o a su hijo, necesitamos realizar una evaluación funcional. La FA se completará anualmente para los individuos mayores de 21 años, cada 6 meses para los individuos menores de 21 años o antes si se produce un evento vital significativo.

Firme a continuación para indicar si otorga o no su consentimiento para que se le realice una FA a usted o a su hijo.

- Comprendo el propósito de la Evaluación funcional y otorgo mi consentimiento para que

NOMBRE DEL PROVEEDOR

complete una Evaluación funcional en mí o mi hijo (marque uno con un círculo). También comprendo que mi consentimiento es voluntario y puedo retirarlo en cualquier momento.

- No otorgo consentimiento para que se complete una Evaluación funcional en mí o en mi hijo (marque uno con un círculo). Comprendo que al no otorgar mi consentimiento para una Evaluación funcional puedo no tener acceso a los Servicios basados en el hogar y la comunidad.

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE DEL INDIVIDUO/PADRE/TUTOR/REPRESENTANTE LEGAL AUTORIZADO/AGENCIA DE CUIDADO TUTELAR VOLUNTARIA

FIRMA DEL INDIVIDUO/PADRE/TUTOR/REPRESENTANTE LEGAL AUTORIZADO/AGENCIA DE CUIDADO TUTELAR VOLUNTARIA

FECHA

Le agradecemos su participación en este proceso. Si tiene alguna pregunta con respecto a este proceso, llame a

_____ al _____

- Al marcar esta casilla, retiro mi consentimiento para que se realice una evaluación funcional.

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE DEL INDIVIDUO/PADRE/TUTOR/REPRESENTANTE LEGAL AUTORIZADO/AGENCIA DE CUIDADO TUTELAR VOLUNTARIA

FECHA DE NACIMIENTO DEL INDIVIDUO

FIRMA DEL INDIVIDUO/PADRE/TUTOR/REPRESENTANTE LEGAL AUTORIZADO/AGENCIA DE CUIDADO TUTELAR VOLUNTARIA

FECHA