

Enhanced Care Management (ECM) Comprehensive Assessment (FORM C)



PURPOSE

To engage and evaluate services needed in areas of physical health, mental health, Substance Use Disorder (SUD), Long Term Services and Support (LTSS), Oral Health, Palliative Care, Social Supports and Social Determinants of Health (SDOH) to develop a Care Management Plan.

WHEN TO SUBMIT

Required to submit via CenCal Health Provider Portal no later than 30 days of initial ECM Service Authorization decision date.

MEMBER INFORMATION

Medi-Cal # CIN: (9 digits/letter) Service Authorization #:

First Name / Nombre: Last Name / Apellido:

Date of Birth / Fecha de Nacimiento:

Member's Phone Number / Número de teléfono del miembro:

Preferred written/spoken language / Idioma preferido- escrito/hablado:

Requires Interpreter / Necesita Intérprete: ☐ Yes / Sí ☐ No

Address / Dirección:

Homeless / Sin vivienda: ☐ Yes / Sí ☐ No

Highest Level of Education / Nivel más alto de educación:

☐ Less Than High School / Menos que preparatoria ☐ High School / Preparatoria

☐ More than High School/College / Más que preparatoria/Universidad

Primary or Emergency Contact (Name/Phone#) / Número de tel. principal o de contacto de emergencia (nombre/# de tel.):

Relationship / Parentesco:

Has an Authorized Representative (AR) / Tiene un representante autorizado: ☐ Yes / Sí ☐ No

Name (AR) / Nombre: Relationship (AR) / Parentesco:

Phone Number (AR) / Teléfono:

Name of Primary Care Provider (PCP) / Nombre del Proveedor de Cuidado Primario:

PCP Phone Number / Número de teléfono del Proveedor de Cuidado Primario:

ECM PROVIDER INFORMATION

ECM Organization Name: Phone Number:

Lead Care Manager Email Address:

Assessment Completed: ☐ In Person ☐ Over the Phone ☐ Both (In Person and on the Phone)

Assessment Type: ☐ Initial ☐ Reassessment Assessment Date:

ECM POPULATIONS OF FOCUS: *Select all that apply*

- ☐ **HOMELESSNESS:** Adults Experiencing Homelessness
- ☐ **AVOIDABLE HOSPITAL OR EMERGENCY DEPARTMENT UTILIZATION:** Adults at Risk for Avoidable Hospital or ED Utilization
- ☐ **SERIOUS MENTAL HEALTH/SUBSTANCE USE:** Adults with Serious Mental Health and/or Substance Use Disorder (SUD) Needs
- ☐ **JUSTICE INVOLVED:** Adults Transitioning from Incarceration within the past 12 months
- ☐ **LONG TERM CARE (LTC) INSTITUTIONALIZATION:** Adults living in the community who are at risk for LTC Institutionalization
- ☐ **NURSING RESIDENTS TRANSITIONING TO COMMUNITY:** Adult Nursing Facility Residents Transitioning to the Community
- ☐ **BIRTH EQUITY:** Pregnant and Postpartum Individuals at Risk for Adverse Perinatal Outcomes

ENGAGEMENT PURPOSE/MEANING AND STRENGTHS

Ask at least 3 or more of these engagement questions:

- ☐ How strongly do you agree with this statement? I lead a purposeful and meaningful life. /
¿Qué tan de acuerdo está con esta oración? Llevo una vida plena y con propósito.
 - ☐ Agree / *De acuerdo*
 - ☐ Disagree / *No estoy de acuerdo*
 - ☐ Don't know / *No sé*
- ☐ **Strengths:** What is something that you are good at or proud of? /
¿Dígame algo que hace bien o de lo que está orgulloso/a?

ENGAGEMENT PURPOSE/MEANING AND STRENGTHS (cont.)

- ☐ **Self-Efficacy:** How confident are you in taking actions needed to maintain or improve your health? /
¿Cuánta confianza siente en tomar las medidas necesarias para mantener o mejorar su salud?

- ☐ **Coping Skills:** When you feel sad or worried, what helps you feel better? What do you do for fun or to relax? /
Cuando se siente triste o preocupado/a, ¿qué hace para sentirse mejor? ¿Qué hace para divertirse o relajarse?

- ☐ **Motivation:** What do you want to improve about your health? What will the benefits be if you improve that area of your health? /
¿Qué quiere mejorar en cuanto a su salud? ¿Cuál sería el beneficio de mejorar esa área de su salud?

- ☐ **Problem-Solving Skills:** When you had a difficult situation in the past, what did you do? /
Cuando ha tenido una situación difícil en el pasado, ¿qué hizo?

CULTURE

Do you have any cultural, religious and/or spiritual beliefs that are important to your family's health and wellness? /
¿Tiene alguna creencia cultural, religiosa, y/o espiritual que es importante para la salud y bienestar de su familia?

☐ Yes / *Sí* ☐ No

If yes, please explain / *Si contestó que sí, por favor explíqueme:*

HEALTH LITERACY

I would like to ask you about how you are managing your health conditions /
Me gustaría preguntarle sobre cómo piensa usted que está controlando sus problemas de salud:

Do you need help taking your medications? / *¿Necesita ayuda para tomar sus medicamentos?*

☐ Yes / *Sí* ☐ No **(LTSS)**

Do you need help filling out health forms? / *¿Necesita ayuda para completar formularios de salud?*

☐ Yes / *Sí* ☐ No **(LTSS)**

Do you need help answering questions during doctor visits? /
¿Necesita ayuda para contestar preguntas durante sus citas con el doctor?

☐ Yes / *Sí* ☐ No **(LTSS)**

How often do you have difficulty understanding written information given to you by your Primary Care Provider
(like a Doctor, Nurse, Nurse Practitioner)? /

*¿Qué tan seguido se le dificulta entender la información escrita que le da su proveedor de cuidado primario
(como su doctor, enfermera, enfermera de práctica avanzada)?*

☐ Always / *Siempre*

☐ Often / *Seguido*

☐ Sometimes / *A veces*

☐ Occasionally / *Ocasionalmente*

☐ Never / *Nunca*

Coordination of Care Needs and Referrals:

EMERGENCY DEPARTMENT VISITS OR HOSPITALIZATIONS

- ☐ Have you had any Emergency Department (ED) visits or hospitalizations in the last 30 days? /
¿Ha tenido una visita al departamento de emergencias u hospitalizaciones en los últimos 30 días?
- ☐ Yes / Sí ☐ No

Reason for ED OR Hospital Admission / Razón por la visita al departamento de emergencias u hospitalización:

PREVENTATIVE CARE

Has had a physical with their Primary Care Provider in the last 12 months /
Ha tenido un examen físico con su proveedor de cuidado primario en los últimos 12 meses:

- ☐ Yes / Sí ☐ No

Member indicates blood sugar has been checked in the last 12 months /
Miembro indica que le han revisado el nivel de azúcar en la sangre en los últimos 12 meses:

- ☐ Yes / Sí ☐ No

Member indicates they had their cholesterol levels checked in the last 12 months /
Miembro indica que le han revisado los niveles de colesterol en los últimos 12 meses:

- ☐ Yes / Sí ☐ No

COVID Vaccine / *Vacuna contra el Covid:* ☐ Yes / Sí ☐ No

Flu Vaccine / *Vacuna contra la gripe:* ☐ Yes / Sí ☐ No

Shingles Vaccine / *Vacuna contra la culebrilla (herpes zoster):* ☐ Yes / Sí ☐ No

Pneumonia Vaccine / *Vacuna contra la neumonía:* ☐ Yes / Sí ☐ No

Recommendations based on PCP, Age, Risk Factors:

- ☐ Colorectal Cancer Screening (+50) / *Detección de cáncer colorrectal (+50)*
- ☐ Breast Cancer Screening (+40) / *Detección de cáncer de seno (+40)*
- ☐ Bone Density (+65) / *Densidad ósea (+65)*
- ☐ Cervical Cancer Screening (+25) / *Detección de cáncer de cervix (+25)*
- ☐ Prostate Exam (+50) / *Examen de próstata (+50)*
- ☐ Tuberculosis Screening / *Detección de tuberculosis*

Coordination of Care Needs and Referrals:

PHYSICAL HEALTH

Problems with Vision / Problemas con la vista: ☐ Yes / Sí ☐ No

Problems with Hearing / Problemas con el oído (de audición): ☐ Yes / Sí ☐ No

Poorly Fitting Dentures (partial or full) / Dentaduras que le quedan mal: ☐ Yes / Sí ☐ No

Oral Pain/Visible Decay / Dolor oral/ deterioro visible: ☐ Yes / Sí ☐ No

Other / Otro:

Have you been told by a doctor or medical provider that you have any of the following medical conditions? / ¿Le ha dicho un doctor o proveedor médico que usted tiene alguno de los siguientes problemas de salud?

NEUROLOGICAL / NEUROLÓGICOS

☐ No Concerns Noted / No se observaron preocupaciones

☐ Alzheimer's, Dementia, Memory Loss / Enfermedad de Alzheimer, demencia, pérdida de memoria

☐ Stroke / Ataque cerebrovascular

☐ Seizures / Convulsiones

☐ Parkinson's / Enfermedad de Parkinson

☐ Chronic Pain / Dolor crónico

☐ Muscular Dystrophy (MS) / Distrofia muscular

☐ Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS) / Esclerosis lateral amiotrófica

☐ Paralysis / Parálisis

☐ Traumatic Brain Injury (TBI) / Lesión cerebral traumática

☐ Other / Otro:

RESPIRATORY/CARDIAC / RESPIRATORIO/CARDIACO

☐ No Concerns Noted / No se observaron preocupaciones

☐ Heart Failure / Insuficiencia cardiaca

☐ Cystic Fibrosis / Fibrosis quística

☐ Hypertension / Hipertensión (alta presión)

☐ Asthma, COPD, Emphysema / Asma, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfisema

☐ Other / Otro:

Select all that apply for home use / Seleccione todo lo que aplica para uso doméstico:

☐ No Concerns Noted / No se observaron preocupaciones

☐ Oxygen at Home / Oxígeno en casa

☐ Nebulizer / Nebulizador

☐ Tracheostomy / Traqueotomía

☐ Ventilator / Ventilador artificial

☐ CPAP/BiPAP / Aparato de presión positiva continua de las vías respiratorias (CPAP)/ aparato de presión positiva de las vías respiratorias de dos niveles (Bi-PAP)

☐ Other / Otro:

PHYSICAL HEALTH (cont.)

ENDOCRINE / ENDOCRINO

☐ No Concerns Noted / No se observaron preocupaciones

- ☐ Diabetes Type I / Diabetes Tipo I
- ☐ Diabetes Type II / Diabetes Tipo II
- ☐ Other / Otro:

GASTROINTESTINAL / GENITOURINARY

☐ No Concerns Noted / No se observaron preocupaciones

- ☐ Kidney Disease / Enfermedad de riñón
- ☐ Dialysis / Diálisis
- ☐ Cirrhosis, Hepatitis (B & C) / Cirrosis, Hepatitis B y C
- ☐ Other / Otro:

Select all that apply for home use / Seleccione todo lo que aplica para uso doméstico:

- ☐ No Concerns Noted / No se observaron preocupaciones
- ☐ Feeding Tube / Sonda de alimentación
- ☐ NGTube / Sonda nasogástrica
- ☐ PEG Tube / Sonda de gastrostomía endoscópica percutánea
- ☐ IndwellingFoley Catheter / Sonda de Foley Permanente
- ☐ Suprapubic Catheter / Catéter suprapúbico
- ☐ Ostomy / Ostomía

MUSCULOSKELETAL / MUSCULOESQUELÉTICO

☐ No Concerns Noted / No se observaron preocupaciones

- ☐ Osteoarthritis / Osteoartritis
- ☐ Rheumatoid Arthritis / Artritis reumatoide
- ☐ Recent Fracture or Amputation / Fractura o amputación reciente
- ☐ Are you wheelchair or bedbound? / ¿Está confinado/a a una silla de ruedas o cama? ☐ Yes / Sí ☐ No
- ☐ Other / Otro:

OTHER MEDICAL CONDITION / OTRO PROBLEMA MÉDICO

☐ No Concerns Noted / No se observaron preocupaciones

- ☐ HIV/AIDS / VIH/SIDA
- ☐ Organ Transplant (Recent Transplant or on Waitlist) /
Trasplante de algún órgano (Trasplante reciente o en lista de espera)
- ☐ High-risk Pregnancy / Embarazo de alto riesgo
- ☐ Cancer, in Treatment? / ¿Cáncer, en tratamiento? ☐ Yes / Sí ☐ No
- ☐ Traumatic Brain Injury / Lesión cerebral traumática

Coordination of Care Needs and Referrals:

MEDICATIONS

☐ No Concerns Noted / *No se observaron preocupaciones*

People sometimes miss taking their medications. Thinking over the past week, were there any days you did not take your medications as prescribed? / *A veces, a algunas personas, se les pasa tomarse sus medicamentos. Piense en esta última semana, ¿hubo algún día en el que no se tomó sus medicamentos como se le recetaron?*

☐ Yes / *Sí* ☐ No

If Yes, please describe what gets in the way / *Si contestó que sí, por favor describa por qué se le dificulta:*

PALLIATIVE CARE

Palliative Care

- ☐ Enrolled in Palliative Care Services
 - ☐ Does not meet criteria for Palliative Care
 - ☐ **Meets Criteria (Needs Referral)**
 - ☐ **Meets Criteria (Declined Referral)**
1. The member is likely to, or has started to, use the hospital or emergency department as a means to manage the member's advanced disease; this refers to unanticipated decompensation and does not include elective procedures.
 2. The Member has an advanced illness, with appropriate documentation of the continued decline in health status and is not eligible for or declines hospice enrollment.
 3. The member's death within a year would not be unexpected based on clinical status.
 4. The member has either received appropriate patient-desired medical therapy or is an individual for whom patient-desired medical therapy is no longer effective. The member is not in reversible acute decompensation.
 5. The member and, if applicable, the family/member-designated support person, agrees to:
 - a. Attempt, as medically/clinically appropriate, in-home, residential-based, or outpatient disease management/palliative care instead of first going to the emergency department; and
 - b. Participate in Advance Care Planning discussions.

Coordination of Care Needs and Referrals:

Disease-Specific Eligibility Criteria:

1. Congestive Heart Failure (CHF):

Must meet (a) and (b)

- a. The Member is hospitalized due to CHF as the primary diagnosis with no further invasive interventions planned or meet criteria for the New York Heart Association's (NYHA) heart failure classification III or higher; and
- b. The Member has an Ejection Fraction of less than 30 percent for systolic failure or significant co-morbidities.

2. Chronic Obstructive Pulmonary Disease:

Must meet (a) or (b)

- a. The member has a forced expiratory volume (FEV) of 1 less than 35 percent of predicted and a 24-hour oxygen requirement of less than three liters per minute; or
- b. The member has a 24-hour oxygen requirement of greater than or equal to three liters per minute.

3. Advanced Cancer: Must meet (a) and (b)

- a. The member has a stage III or IV solid organ cancer, lymphoma, or leukemia; and
- b. The member has a Karnofsky Performance Scale score less than or equal to 70 or has failure of two lines of standard of care therapy (chemotherapy or radiation therapy).

3. Liver Disease: Must meet (a) and (b) combined or (c) alone

- a. The member has evidence of irreversible liver damage, serum albumin less than 3.0, and international normalized ratio greater than 1.3, and
- b. The member has ascites, subacute bacterial peritonitis, hepatic encephalopathy, hepatorenal syndrome, or recurrent esophageal varices; or
- c. The member has evidence of irreversible liver damage and has a Model for End Stage Liver Disease (MELD) score greater than 19.

BEHAVIORAL HEALTH AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES

☐ **No Concerns Noted / No se observaron preocupaciones**

Has a healthcare or mental health provider ever told you that you have any of the following /

¿Alguna vez le ha dicho un proveedor de salud o de salud mental que usted tiene alguno de los siguientes problemas?:

- ☐ Anxiety / Ansiedad
- ☐ Obsessive-Compulsive Disorder / Trastorno obsesivo compulsivo
- ☐ Bipolar Disorder / Trastorno bipolar
- ☐ Schizophrenia / Esquizofrenia
- ☐ Depression / Depresión
- ☐ ADHD / Trastorno de déficit de atención con hiperactividad
- ☐ PTSD / Trastorno de estrés postraumático
- ☐ Intellectual Disability / Discapacidad intelectual
- ☐ Autism / Autismo
- ☐ Other/ Otro:

Have you had any Emergency Department (ED) visits or inpatient stays in the last 6 months due to your mental health condition? /

¿Ha tenido una visita al departamento de emergencias (ED) o ha estado internado/a en el hospital en los últimos 6 meses debido a su estado de salud mental?

- ☐ Yes / Sí ☐ No

Coordination of Care Needs and Referrals:

SUBSTANCE USE

☐ **No Concerns Noted / No se observaron preocupaciones**

Do you use substances (Alcohol, Street Drugs or Misuse Prescriptions)? /

¿Consume sustancias (alcohol, drogas o usa incorrectamente medicamentos recetados)?

☐ Yes / Sí ☐ No

If Yes, have you experienced any negative consequences from your use? /

Si contestó que sí, ¿ha sufrido alguna consecuencia negativa como resultado de su consumo?

☐ Yes / Sí ☐ No

Have you previously used substances and stopped? /

¿Anteriormente había consumido sustancias, pero ya las ha dejado?

☐ Yes / Sí ☐ No

What substance(s) have you found to be a problem / ¿Cuáles sustancias han sido un problema para usted?:

Do you smoke, vape or chew tobacco? / ¿Fuma, vapea, o masca tabaco?

☐ Yes / Sí ☐ No

Have you ever felt you ought to cut down on your drinking or drug use? /

¿Alguna vez ha sentido que debe de reducir su consumo de bebida o de drogas?

☐ Yes / Sí ☐ No

If Yes, go to next question.

Would you like to talk with someone about your substance use, especially if you are thinking of quitting or cutting back? /

¿Le gustaría hablar con alguien sobre su consumo de sustancias, especialmente si está pensando en dejarlo o reducirlo?

☐ Yes / Sí ☐ No ☐ No Concerns Noted / No se observaron preocupaciones

Coordination of Care Needs and Referrals:

COGNITIVE FUNCTION

☐ **No** Concerns Noted / *No se observaron preocupaciones*

Have you had any changes in thinking, remembering, or making decisions? /
¿Ha tenido algún cambio en su manera de pensar, recordar, o tomar decisiones?

☐ Yes / Sí ☐ No **(LTSS)**

In the past month, have you felt worried, scared, or confused that something may be wrong with your mind or memory? /

En el último mes, ¿ha sentido preocupación, miedo, o confusión que puede tener algún problema con su mente o memoria?

☐ Yes / Sí ☐ No

Coordination of Care Needs and Referrals:

SAFETY

☐ **No** Concerns Noted / *No se observaron preocupaciones*

Are you afraid of anyone or is anyone hurting you? / *¿Le tiene miedo a alguien o alguien le está haciendo daño?*

☐ Yes / Sí ☐ No **(LTSS)**

If yes, please explain / *Si contestó que sí, por favor explíqueme cómo:*

Is anyone using your money without your ok? /

¿Alguien está usando su dinero sin que usted le haya dado permiso?

☐ Yes / Sí ☐ No **(LTSS)**

If yes, please explain / *Si contestó que sí, por favor explíqueme cómo:*

ACTIVITIES OF DAILY LIVING

☐ No Concerns Noted / No se observaron preocupaciones

LIMITATIONS/FUNCTIONAL CAPACITY RISK FACTORS

Do you need help with any of these activities? (LTSS) (answer Yes or No to each individual activity) /
¿Necesita usted ayuda con cualquiera de estas actividades? (Responda Sí o No a cada actividad individual)

Taking a Bath or Shower / Bañarse en tina o regadera ☐ Yes / Sí ☐ No

Using a Toilet / Usar el escusado ☐ Yes / Sí ☐ No

Getting Dressed / Vestirse ☐ Yes / Sí ☐ No

Brushing Teeth, Brushing Hair, Shaving / Lavarse los dientes, peinarse, afeitarse ☐ Yes / Sí ☐ No

Walking / Caminar ☐ Yes / Sí ☐ No

Getting out of Bed or a Chair / Levantarse de la cama o una silla ☐ Yes / Sí ☐ No

Going Up Stairs / Subir escaleras ☐ Yes / Sí ☐ No

Eating / Comer ☐ Yes / Sí ☐ No

Making Meals or Cooking / Preparar las comidas o cocinar ☐ Yes / Sí ☐ No

Shopping and Getting Food / Hacer las compras o conseguir comida ☐ Yes / Sí ☐ No

Writing Checks or Keeping Track of Money / Hacer cheques o llevar la cuenta de su dinero ☐ Yes / Sí ☐ No

Keeping Track of Appointments / Llevar la cuenta de sus citas ☐ Yes / Sí ☐ No

Using the Phone / Usar el teléfono ☐ Yes / Sí ☐ No

Doing Housework or Yard Work / Hacer los quehaceres de la casa o el jardín ☐ Yes / Sí ☐ No

Washing Dishes or Laundry / Lavar los platos o la ropa ☐ Yes / Sí ☐ No

Going out to Visit Family or Friends / Salir a visitar a su familia o amistades ☐ Yes / Sí ☐ No

Getting a Ride to the Doctor or to See your Friends / Conseguir que alguien lo/a lleve al doctor
o a ver a sus amistades ☐ Yes / Sí ☐ No

Other please explain / Otro- por favor explíqueme:

If yes, are you getting all the help you need with these activities? /

Si contestó que sí, ¿está recibiendo toda la ayuda que necesita con estas actividades?

☐ Yes / Sí ☐ No (LTSS)

Do you have family members or others willing and able to help you when you need it? /

¿Tiene usted familia u otras personas que están dispuestos y pueden ayudarle cuándo usted lo necesita?

☐ Yes / Sí ☐ No (LTSS)

Do you ever think your caregiver has a hard time giving you all the help you need? /

¿Alguna vez ha pensado que a su cuidador se le dificulta darle toda la ayuda que usted necesita?

☐ Yes / Sí ☐ No (LTSS)

Do friends or family members express concerns about your ability to care for yourself? /

¿Su familia o amistades han expresado alguna inquietud sobre su capacidad de cuidarse usted mismo/a?

☐ Yes / Sí ☐ No

Coordination of Care Needs and Referrals:

HOUSING ENVIRONMENT

☐ NoConcerns Noted / No se observaron preocupaciones

Can you safely and easily move around your home? /

¿Puede usted moverse fácilmente y con seguridad alrededor de su casa?

☐ Yes / Sí ☐ No(LTSS)

If No, does the place that you live have / Si contestó que no, ¿el lugar dónde vive tiene:

(answer Yes or No to each individual item) / (Responda Sí o No a cada actividad individual)

Good Lighting / Buena iluminación ☐ Yes / Sí ☐ No

Good Heating / Buena calefacción ☐ Yes / Sí ☐ No

Good Cooling / Buen enfriamiento ☐ Yes / Sí ☐ No

Rails for any Stairs or Ramps / Barandales para cualquier escalera o rampa ☐ Yes / Sí ☐ No

Hot Water / Agua caliente ☐ Yes / Sí ☐ No

Indoor Toilet / Escusado interior ☐ Yes / Sí ☐ No

A door to the outside that locks / Puerta al exterior que cierra con llave ☐ Yes / Sí ☐ No

Elevator / Elevador ☐ Yes / Sí ☐ No

Space to use a wheelchair / Espacio para usar una silla de ruedas ☐ Yes / Sí ☐ No

Clear Ways to Exit Home / Salidas sin obstrucción para salir de la casa ☐ Yes / Sí ☐ No

Stairs to get into your home or stairs inside your home / Escalones para entrar a su casa o escalones dentro de su casa ☐ Yes/ Sí ☐ No

Coordination of Care Needs and Referrals:

FALL RISK

☐ NoConcerns Noted / No se observaron preocupaciones

Are you afraid of falling? / ¿Tiene miedo de caerse? ☐ Yes / Sí ☐ No(LTSS)

Have you fallen in the last month? / ¿Se ha caído en el último mes? ☐ Yes / Sí ☐ No(LTSS)

Coordination of Care Needs and Referrals:

MEDICAL EQUIPMENT

☐ NoConcerns Noted

Glasses / Lentes ☐ Use / Usa ☐ Need/ Necesita

Walker / Andadera ☐ Use / Usa ☐ Need/ Necesita

Grab Bars / Barandales ☐ Use / Usa ☐ Need/ Necesita

Raised Toilet Seat/Chair / Asiento elevado/ Silla del baño ☐ Use / Usa ☐ Need/ Necesita

Urinary Catheters / Catéter urinario ☐ Use / Usa ☐ Need/ Necesita

Cane / Bastón ☐ Use / Usa ☐ Need/ Necesita

Lift Device / Aparato de grúa ☐ Use / Usa ☐ Need/ Necesita

Shower Chair / Silla para la regadera ☐ Use / Usa ☐ Need/ Necesita

Incontinence Supplies / Suministros para incontinencia ☐ Use / Usa ☐ Need/ Necesita

Hearing Aids / Aparatos auditivos ☐ Use / Usa ☐ Need/ Necesita

Wheelchair / Silla de ruedas ☐ Use / Usa ☐ Need/ Necesita

Hospital Bed / Cama de hospital ☐ Use / Usa ☐ Need/ Necesita

Power Chair / Silla eléctrica ☐ Use / Usa ☐ Need/ Necesita

☐ Other / Otro:

Coordination of Care Needs and Referrals:

SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH

HOUSING

☐ No Concerns Noted / No se observaron preocupaciones

Where do they live? / ¿Dónde vive?

- ☐ Live alone in my home/apartment / Vive solo/a en casa o apartamento
- ☐ Live with family or other person's home/apartment / Vive con familia u otras personas en casa o apartamento
- ☐ Residential Treatment Center / Centro de tratamiento residencial
- ☐ Board and Care facility / Centro de hospedaje y cuidado
- ☐ Assisted Living Nursing Home / Hogar de enfermería de vida asistida
- ☐ Protective housing / Vivienda de protección
- ☐ Homeless / Sin vivienda

If experiencing homelessness, staying at / Si no tiene vivienda, se está quedando en:

- ☐ Recuperative Care / Cuidado recuperativo
- ☐ In a motel / En un motel
- ☐ Vehicle / Vehículo
- ☐ Shelter or with friend / Albergue o con una amistad
- ☐ Unsheltered / Sin albergue

Comment:

Are you at risk for eviction? / ¿Tiene usted riesgo de que lo/a desalojen?

- ☐ Yes / Sí ☐ No

If Yes, please explain / Si contestó que sí, por favor explique:

Is anyone helping you with housing support? (e.g. Housing Navigator, Case Management, Adult Protective Services) / ¿Alguien le está ayudando con apoyo de vivienda? (Navegador de vivienda, Administración de casos, Servicios de Protección para Adultos)

- ☐ Yes / Sí ☐ No

Are you on a housing waitlist? / ¿Está en lista de espera para vivienda?

- ☐ Yes / Sí ☐ No

If Yes: ☐ County ☐ City ☐ Other:

FINANCIAL INSECURITY

☐ No Concerns Noted / No se observaron preocupaciones

What is your monthly income? / ¿Cuáles son sus ingresos mensuales? \$

Source of Income / Fuente de ingresos:

- ☐ Employment ☐ SSI (Supplemental Security Income) ☐ SSDI (Social Security Disability Insurance)

Do you sometimes run out of money to pay for food, rent, bills and medications? /

¿De vez en cuando se le acaba el dinero y no puede pagar la comida, renta, las cuentas, y medicamentos?

- ☐ Yes / Sí ☐ No (LTSS)

SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH (cont.)

FOOD INSECURITY

☐ NoConcerns Noted / *No se observaron preocupaciones*

In the last 12 months, did you or other adults in your household ever cut the size of your meals or skip meals because there was not enough money for food? /

En los últimos 12 meses, ¿usted u otro adulto en su casa han recortado el tamaño de sus comidas o han dejado de comer una comida por falta de dinero para la comida?

☐ Yes / *Sí* ☐ No

How often are you hungry or do not eat because there is not enough food in the house? /
¿Qué tan seguido pasa usted hambre o no come porque no hay suficiente comida en casa?

☐ Often / *Seguido* ☐ NotOften / *No tan seguido*

Do you eat less than you feel you should because there is not enough food? /
¿Come usted menos de lo que piensa que debe comer porque no hay suficiente comida?

☐ Yes / *Sí* ☐ No

Coordination of Care Needs and Referrals:

ISOLATION

☐ NoConcerns Noted / *No se observaron preocupaciones*

Over the past month (30 days), how many days have you felt lonely? /

En el último mes (30 días), ¿cuántos días se ha sentido solo/a? (LTSS) (Check one)

☐ None – I never feel lonely / *Ninguno- nunca me siento solo/a*

☐ Less than 5 days / *Menos de 5 días*

☐ More than half the days (more than 15) / *Más de la mitad de los días (más de 15)*

☐ Most days – I always feel lonely / *La mayoría de los días- siempre me siento solo/a*

Coordination of Care Needs and Referrals:

SOCIAL SUPPORT (select all that apply)

☐ Family ☐ Adult Day Care ☐ Friendship Line ☐ Tri-Counties Regional Center (TCRC)

☐ Friendly Visitor ☐ Caregiver ☐ Religious/Spiritual ☐ Congregate Meal Services

☐ Support Group ☐ None ☐ Other:

LEGAL INVOLVEMENT

☐ **No Concerns Noted**

Involvement with the following in the last 12 months:

- ☐ Court Ordered Services
- ☐ Probation
- ☐ Parole
- ☐ Re-entry Program
- ☐ Deferred Action for Childhood Arrivals (DACA)
- ☐ Immigration "e.g., Refugee"
- ☐ DUI/restricted License
- ☐ Child Welfare Services
- ☐ Adult Protective Services
- ☐ Other:

END-OF-LIFE-PLANNING

Do you have a life-planning document or advance directive in place? /

¿Tiene en pie un documento de planificación de vida o una directiva anticipada?

- ☐ Yes / Sí ☐ No

Do you want information on these topics? / *¿Quiere información sobre estos temas?*

- ☐ Yes / Sí ☐ No

COMMUNITY AND LTSS SERVICES

Select Agencies or Services Member is connected with:

- ☐ * Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP)
- ☐ * Hospice
- ☐ * Fully Integrated Special Needs Plans (FIDE - SNPs)
- ☐ * Program For All-Inclusive Care for the Elderly (PACE)
- ☐ * Multipurpose Senior Services Program (MSSP)
- ☐ * Self-Determination Program for Individuals with I/DD
- ☐ * Assisted Living Waiver (ALW)
- ☐ * California Community Transitions (CCT)
- ☐ * Home and Community-Based Alternatives (HCBA) Waiver
- ☐ * Medi-Cal Waiver Program (MCWP) (formerly HIV/AIDS Waiver)
- ☐ Respite Services
- ☐ Meals on Wheels
- ☐ In-Home Supportive Services
- ☐ Veterans Administration
- ☐ California Children’s Services (CCS)
- ☐ Community Based Adult Services (CBAS)
- ☐ CalFresh Benefits
- ☐ County Specialty Mental Health
- ☐ CalAIM Community Supports
- ☐ Non-Medical Transportation
- ☐ Subsidized Housing
- ☐ Independent Living Resource Center
- ☐ Energy Assistance Program
- ☐ Free Government Phone
- ☐ Tri-Counties Regional Center (TCRC)
- ☐ Other:

* Members may be excluded from receiving ECM and these similar services at the same time.

Coordination of Care Needs and Referrals:

MEMBER PRIORITIES

What is one thing you would like to do right now to improve your health? (Such as cutting back sugary drinks or initiating daily walks – provide an example of one personal goal.) /

¿Cuál es una cosa que le gustaría hacer inmediatamente para mejorar su salud? (tal como reducir las bebidas con azúcar o empezar a caminar todos los días - proporcione un ejemplo de una meta personal)

1)

What would you like to achieve from our work and time together? /

¿Qué le gustaría lograr con nuestro trabajo y durante nuestro tiempo juntos?

From our meeting today, what comes to mind as your top 2-3 goals for your health, mental wellness, social and/or living situation for the next 3-6 months? /

¿Como resultado de nuestra reunión el día de hoy, que piensa que son sus 2-3 metas principales para su salud, bienestar mental y social y/o su situación de vivienda para los siguientes 3-6 meses?

1.

2.

3.

Tier 1: High Acuity, Recommended minimum one contact per week if any of the below apply

- ☐ Emergency Department (ED) visit or hospitalization (in the last 30 days)
- ☐ New diagnosis or new initiation of treatment (in last 30 days)
- ☐ Documented or known non-adherence (medication, treatment, or appointments)
- ☐ Little or no identified social support
- ☐ Homeless or recently secured permanent housing (within the last 90 days)

Tier 2: Moderate Acuity, Recommended minimum (3x/month) contact if any of the below apply

- ☐ ED visit or hospitalization within the last 2-6 months
- ☐ Newly sustained treatment adherence (medications, appointments)
- ☐ Newly integrated social support
- ☐ Secured permanent housing within last 3-6 months
- ☐ At risk of homelessness

Tier 3: Low Acuity, Recommended minimum one contact per month if any of the below apply

- ☐ No ED visit or hospitalization (in the last 6 months)
- ☐ Ongoing treatment adherence (medications, appointments)
- ☐ Strong family/social support
- ☐ Stable housing

Narrative Summary (Include primary needs identified from Assessment)

Assessor's Printed Name:

Signature/Credentials:

Date:
