

Enhanced Care Management (ECM)

Plan de Administración de la Atención (FORMULARIO D)

Información del Miembro y Proveedor

Nombre del Miembro: Fecha de Nacimiento del Miembro:

Número de Identificación de Medi-Cal:

La medida de intensidad médica (evaluación de la referencia): ☐ Alta ☐ Moderada ☐ Baja

Número de Autorización:

Obtuvo una Autorización para la Divulgación de Información : ☐ Sí ☐ No ☐ Permiso limitado ☐ Se negó en firmar

Administrador Principal de la Atención (LCM, por sus siglas en inglés):

Número de teléfono del LCM: Fecha:

☐ Plan de Atención Inicia ☐ Revisión del Plan de Atención (progreso continuo/cambios)

Plan de Atención Completado: ☐ En Persona ☐ Por Teléfono ☐ Ambos (en persona y por el teléfono)

Care Desarrollo del Plan de Administración de la Atención (seleccione todo lo que corresponda)

Atributos Identificados: ☐ Apoyo Social (familia/amistades) ☐ Habilidades de afrontamiento (lidar) apropiadas ☐ Dedicado(a) en su cuidado personal ☐ Cumple con el plan de tratamiento (médico, oral, o salud del comportamiento) ☐ Comprometido(a) (tiempo libre/ intereses recreativos) ☐ Espiritualidad (rituales, fe, creencias, comunidad espiritual) ☐ Other:	Objetivos del Plan de Atención cumplen con las siguientes necesidades, pero no se limitan a: ☐ Salud física y/o salud del desarrollo ☐ Utilización alta del cuidado de salud ☐ Demencia ☐ Trastorno por el consumo de sustancias ☐ Servicios sociales a largo plazo ☐ Salud oral ☐ Cuidado paliativo ☐ Alojamiento (vivienda) ☐ Servicios basados en la comunidad y sociales	Plan de Cuidado Elaborado con la asistencia de: ☐ Miembro ☐ Familia/Cuidador ☐ Representante Autorizado ☐ Proveedor de Cuidado Primario/Especialista ☐ Otro:
---	--	--

Necesidades/Objetivos/Resultados Deseados Expresados y Priorizados por el Miembro o el Representante Autorizado durante el proceso de la evaluación

Plan de Cuidado Individualizado (ICP, por sus siglas en inglés) con objetivos		
Objetivo (corto y de largo plazo)	Intervención	Fecha de vencimiento (DD/MM/YY)
Salud Física		
Cuidado Oral		
Cuidado Paliativo		

Plan de Cuidado Individualizado (ICP, por sus siglas en inglés) con objetivos (cont.)		
Objetivo (corto y de largo plazo)	Intervención	Fecha de vencimiento (DD/MM/YY)
Consumo de Sustancias		
Salud del Comportamiento		
Salud del Desarrollo		

Plan de Cuidado Individualizado (ICP, por sus siglas en inglés) con objetivos (cont.)		
Objetivo (corto y de largo plazo)	Intervención	Fecha de vencimiento (DD/MM/YY)
Servicios y Apoyos a Largo Plazo (LTSS, por sus siglas en inglés)		
	☐ Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS, por sus siglas en inglés) ☐ Servicios Basados en la Comunidad para Adultos ☐ Programa de Servicios Múltiples para Personas Mayores (MSSP, por sus siglas en inglés) ☐ Programa de Exención Alternativo para Servicios Basados en el Hogar y Comunidad (HCBA, por sus siglas en inglés) ☐ Cuidado en un Centro de Atención de Enfermería Especializada	
Servicios Basados en la Comunidad, Servicios Sociales, y Vivienda (SDOH, por sus siglas en inglés)		
Otro		

Plan de Cuidado Individualizado (ICP, por sus siglas en inglés) con objetivos (cont.)

Objetivo (corto y de largo plazo)	Intervención	Fecha de vencimiento (DD/MM/YY)
Objetivo/Meta Personal del Miembro (administrado por el miembro mismo)		

Posible Factores de Riesgo y Barreras

☐ Comportamiento – otro ☐ Cuidador – otro ☐ Cuidador – no está disponible ☐ Cuidador – no está dispuesto(a) en ayudar ☐ Discapacidad cognitiva ☐ Cultural/Etnicidad-limitaciones restricciones de la dieta ☐ Creencias Culturales o Religiosas que afectan la adherencia al tratamiento ☐ Relacionado con drogas – otro ☐ Relacionado con drogas, efectos secundarios ☐ Drug related - side effects ☐ Un familiar dependiente que necesita cuidado en el hogar	☐ Restricciones financieras ☐ Funcional – habilidad manual ☐ Funcional – movilidad ☐ Funcional – otro ☐ Inseguridad alimentaria (comida) ☐ Discapacidad auditiva ☐ Falta de vivienda/hogar ☐ Inestabilidad de vivienda (hogar), alojamiento, con riesgo de quedar sin vivienda (hogar) ☐ Sistema(s) de apoyo inadecuado ☐ Falta de acceso a alimentos saludables ☐ Falta de recursos para el cuidado/guardería de los niños ☐ Pobreza extrema	☐ Falta de motivación ☐ Falta de transporte confiable (seguro) ☐ Obstáculo (barrera) por el idioma – familia/cuidador ☐ Obstáculo (barrera) por el idioma – miembro ☐ Conocimiento de la salud bajo ☐ Problemas relacionados con la salida de la cárcel, prisión ☐ Problemas relacionados con vivir solo(a) ☐ Discapacidad (impedimento) visual ☐ Ambiente alrededor – seguro ☐ Otro
--	--	---

Additional Information: Use space to include any additional explanations about the Member's (needs/goals/desired outcomes) learned through assessment process.

FORM COMPLETED BY

Printed Name:

Signature/Credentials

Date: