

## Necesidades sociales relacionadas con la salud (HRSN) Petición para autorización previa - Dispositivo climático

Por favor, envíe por fax al 503.850.9398. Para preguntas, llame al 855.722.8205

### \*\* Notas del gráfico requeridas \*\*

Completar el formulario de PA y proporcionar los documentos requeridos ayudará a asegurar el proceso puntual de esta solicitud.

Información del miembro	
Apellido:	Nombre:
Nº de identificación del seguro:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	Condado:
Teléfono:	Correo electrónico:
Idioma preferido:	Pronombres:

Información del solicitante:	
Proveedor/organización/miembro solicitante:	Teléfono:
Dirección:	Correo electrónico:

Información del proveedor <i>(Proveedor actual que gerencia los factores clínicos de riesgo del miembro relacionados con la salud (HRSN))</i>	
Proveedor de atención:	Teléfono del proveedor de atención:
Nº de TIN:	Nº de NPI:

**Criterio de calificación:** el miembro debe cumplir **TODOS** los requisitos siguientes:  
Si el miembro no cumple con los requisitos de calificación de HRSN, considere solicitar los fondos flexibles de HRS:  
<https://yamhillcco.org/wp-content/uploads/2025/11/Solicitud-de-fondos-YCCO-Flex.pdf>

Estar registrado en OHP bajo la categoría de CCOA o CCOB.

Estar en AL MENOS UNA de las poblaciones cubiertas por HRSN.

- Adultos y jóvenes dados de alta de un centro de salud conductual calificado para HRSN.
- Adultos y jóvenes liberados de encarcelamiento.
- Adultos y jóvenes actualmente involucrados con o que han estado previamente involucrados con el Sistema de Bienestar Infantil de Oregón.
- Personas que pasan de tener solo Medicaid a tener doble elegibilidad (Medicaid y Medicare) en los próximos 3 meses o en los últimos 9 meses.
- Adultos y jóvenes con riesgo de quedarse sin hogar.
- Adultos jóvenes con necesidades especiales de atención médica (YSHCN).

Cumplir CON AL MENOS UNO de los factores de riesgo clínicos específicos para un dispositivo climático.

- Aire acondicionado para personas con riesgo por altas temperaturas.
- Calentadores para personas con mayores riesgos de salud por un fuerte frío.
- Dispositivos de filtración de aire y, según se necesiten, filtros de aire de reemplazo para personas con riesgos por una calidad de aire comprometida
- Unidades de mini refrigeración según se necesiten para personas que necesitan guardar medicamentos (el miembro NO debe tener otra fuente de refrigeración disponible)
- Suministros de energía portátil para personas que necesitan acceso a equipo que depende de la electricidad (como ventiladores, máquinas de diálisis, equipo para intravenosas, elevadores de silla, dispositivos de movilidad, etc.) o tienen riesgo de sufrir cortes de luz contra la seguridad pública que podrían comprometer su capacidad de utilizar los dispositivos médicamente necesarios.

- Cumplir el criterio para un factor de riesgo social - El miembro reside en su propio hogar o en una no institución, ni en una residencia primaria congregada, y ha tenido una necesidad que será aliviada por uno de los siguientes dispositivos: aire acondicionado, calentador, dispositivo de filtración de aire, suministro de energía portátil (PPS), y/o unidades de mini refrigeración.
- Tiene una necesidad médicamente necesaria para uno de los siguientes dispositivos: aire acondicionado, calentador, dispositivo de filtración de aire, suministro de energía portátil, o unidad de refrigeración

**Tipo de necesidad:** (marque la casilla apropiada)

- Aire acondicionado
- Calentador
- Filtro de aire
- Mini refrigerador
- Suministro de energía portátil

**El criterio clínico para los dispositivos relacionados con el clima**

(condición médica actual, activa en los últimos 12 meses)

*La documentación de apoyo para la necesidad médica debe demostrar una necesidad específica dirigida médicamente para el dispositivo solicitado.*

ICD-10, Código(s):	CPT Código(s):
<p><b>Aire acondicionado</b></p> <p><input type="checkbox"/> Espectro de esquizofrenia y otros desórdenes psicóticos</p> <p><input type="checkbox"/> Bipolar y desórdenes relacionados</p> <p><input type="checkbox"/> Desorden de depresión mayor, severidad moderada, con características psicóticas, con un intento de suicidio en los últimos 12 meses, o servicios de crisis (emergencias, equipo de crisis móvil), hospitalización psiquiátrica aguda o tratamiento residencial en los últimos 12 meses.</p> <p><input type="checkbox"/> Uno o más de los siguientes: Desórdenes por uso de sustancias: desorden por uso de alcohol, desorden por uso de alucinógenos, desorden por uso de inhaladores, desorden por uso de opioides, desorden por uso de estimulantes.</p> <p><input type="checkbox"/> Desorden neurocognitivo mayor</p> <p><input type="checkbox"/> Embarazada: actualmente embarazada-* Vea la sección de las condiciones requeridas para grupos de edad específicos.</p> <p><input type="checkbox"/> 0 a 6 años- * Vea la sección de las condiciones requeridas para grupos de edad específicos.</p>	<p><input type="checkbox"/> Dispositivo para la filtración de aire</p> <p><input type="checkbox"/> Espectro de esquizofrenia y otros desórdenes psicóticos</p> <p><input type="checkbox"/> Bipolar y desórdenes relacionados</p> <p><input type="checkbox"/> Desorden de depresión mayor, severidad moderada, con características psicóticas, con un intento de suicidio en los últimos 12 meses, o servicios de crisis (emergencias, equipo de crisis móvil), hospitalización psiquiátrica aguda o tratamiento residencial en los últimos 12 meses.</p> <p><input type="checkbox"/> Uno o más de los siguientes: Desórdenes por uso de sustancias: desorden por uso de alcohol, desorden por uso de alucinógenos, desorden por uso de inhaladores, desorden por uso de opioides, desorden por uso de estimulantes.</p> <p><input type="checkbox"/> Desorden neurocognitivo mayor</p> <p><input type="checkbox"/> Embarazada: actualmente embarazada -* Vea la sección de las condiciones requeridas para grupos de edad específicos.</p> <p><input type="checkbox"/> 0 a 6 años - * Vea la sección de las condiciones requeridas para grupos de edad específicos.</p>

<p><input type="checkbox"/> De 65 años o más- * Vea la sección de las condiciones requeridas para grupos de edad específicos</p> <p><input type="checkbox"/> Condición de vías respiratorias bajas crónica: Desorden de obstrucción pulmonar crónica (EPOC), asma que requiere el uso regular de medicamentos para el control del asma, enfermedad pulmonar restrictiva, fibrosis, bronquitis crónica, bronquiectasias</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular crónica</p> <p><input type="checkbox"/> Lesión a la médula espinal</p> <p><input type="checkbox"/> Cualquier discapacidad sensorial, física, intelectual, de desarrollo</p> <p><input type="checkbox"/> Recibiendo atención de hospicio en el hogar</p> <p><input type="checkbox"/> Historial de enfermedades relacionadas con el calor, incluyendo visitas a emergencias por enfermedades relacionadas con el calor</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad renal crónica</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes mellitus</p> <p><input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple</p> <p><input type="checkbox"/> Parkinson</p> <p><input type="checkbox"/> Aprobado por revisión para excepciones médicas debido a:</p>	<p><input type="checkbox"/> 65 a 65 años- * Vea la sección de las condiciones requeridas para grupos de edad específicos.</p> <p><input type="checkbox"/> Condición de vías respiratorias bajas crónica: Desorden de obstrucción pulmonar crónica (EPOC), asma que requiere el uso regular de medicamentos para el control del asma, enfermedad pulmonar restrictiva, fibrosis, bronquitis crónica, bronquiectasias</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular crónica</p> <p><input type="checkbox"/> Lesión a la médula espinal</p> <p><input type="checkbox"/> Cualquier discapacidad sensorial, física, intelectual, de desarrollo</p> <p><input type="checkbox"/> Recibiendo atención de hospicio en el hogar</p> <p><input type="checkbox"/> Uso de oxígeno en el hogar: O2, concentradores de O2, ventilador para el hogar</p> <p><input type="checkbox"/> Aprobado por revisión para excepciones médicas debido a:</p>
<p><b>Mini refrigerador médico</b></p> <p><input type="checkbox"/> Medicamentos que requieren refrigeración Algunos ejemplos son, entre otros, los medicamentos para la diabetes mellitus, el glaucoma y el asma; Inhibidores de TNF</p> <p><input type="checkbox"/> Nutrición enteral y parenteral</p> <p><input type="checkbox"/> Aprobado por revisión para excepciones médicas debido a:</p>	<p><b>Suministro de energía portátil</b></p> <p><input type="checkbox"/> Equipo médico duradero (DME) que requiere electricidad para su uso (vea la sección de información adicional para encontrar ejemplos)</p> <p><input type="checkbox"/> Tecnologías de asistencia que requieren electricidad y son necesarias para la comunicación o las actividades de vida diaria.</p> <p><input type="checkbox"/> Aprobado por revisión para excepciones médicas debido a:</p>
<p><b>Calentador portátil</b></p> <p><input type="checkbox"/> Espectro de esquizofrenia y otros desórdenes psicóticos</p> <p><input type="checkbox"/> Bipolar y desórdenes relacionados</p> <p><input type="checkbox"/> Desorden de depresión mayor, severidad moderada, con características psicóticas, con un intento de suicidio en los últimos 12 meses, o servicios de crisis (emergencias, equipo de crisis móvil), hospitalización psiquiátrica aguda o tratamiento residencial en los últimos 12 meses.</p> <p><input type="checkbox"/> Una o más de los siguientes desórdenes por uso de sustancias: desorden por uso de alcohol, desorden por uso de alucinógenos, desorden por uso de inhaladores, desorden por uso de opioides, desorden por uso de estimulantes.</p> <p><input type="checkbox"/> Desorden neurocognitivo mayor</p> <p><input type="checkbox"/> Embarazada: actualmente - * Vea las condiciones requeridas para grupos de edad específicos.</p> <p><input type="checkbox"/> Sección 0-6 años - * Vea las condiciones requeridas para grupos de edad específicos.</p> <p><input type="checkbox"/> Sección 65+ años - * Vea las condiciones requeridas para grupos de edad específicos.</p> <p><input type="checkbox"/> Condición crónica de vías respiratorias bajas: desorden de obstrucción pulmonar crónica (EPOC), asma que requiere el uso regular de medicamentos para el control del asma, enfermedad pulmonar restrictiva, fibrosis, bronquitis crónica, bronquiectasias.</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular crónica</p> <p><input type="checkbox"/> Lesión a la médula espinal</p> <p><input type="checkbox"/> Cualquier discapacidad sensorial, física, intelectual, o de desarrollo</p> <p><input type="checkbox"/> Atención de hospicio en el hogar</p> <p><input type="checkbox"/> Historial de enfermedades relacionadas con el calor, incluyendo visitas a emergencias por enfermedades relacionadas con el calor</p>	

- Enfermedad renal crónica
- Diabetes mellitus
- Esclerosis múltiple
- Parkinson
- Aprobado por revisión para excepciones médicas debido a:

**Atestaciones del miembro (deben estar totalmente completas)**

El miembro ha atestado no estar recibiendo servicios duplicados a través de otros programas O que el servicio existente no está cubriendo completamente las necesidades del miembro.

**El miembro ha consentido:**

- Recibir los servicios aprobados por HRSN
- Que el personal de YCCO lo contacte por teléfono, correo electrónico, y texto
- Que el servicio del vendedor lo llame por teléfono para la entrega y la conexión.
- Ser contactado por y/o gestionado por gerencia de la atención (no es un requisito).
- El miembro puede utilizar el dispositivo donde vive con seguridad. El miembro puede enchufar el dispositivo con seguridad y legalmente. Está de acuerdo en utilizar métodos de tecnología de información para compartir los datos personales.

El miembro atesta lo siguiente:

- Quiero que mi CCO vea si califico para un dispositivo que me ayude durante el clima extremo.
- Mi CCO puede ponerse en contacto conmigo para obtener más información sobre esta solicitud.
- Firmo bajo pena de perjurio. Esto significa que, según mi leal saber y entender, toda la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera, correcta y completa.
- Si proporciono información falsa o incorrecta podría estar sujeto a penas bajo la ley estatal o federal. Esto podría incluir tener que pagar el dinero gastado en cualquier servicio que yo reciba a raíz de esta solicitud.

**Firma del miembro (podría ser digital o el proveedor podría firmar el documento con el consentimiento verbal del miembro):**

**Comentarios:**

Si el miembro no cumple con los requisitos de calificación de HRSN, considere solicitar los fondos flexibles de HRS:  
<https://yamhillcco.org/wp-content/uploads/YCCO-Flex-Funds-Request-1.pdf>.

### **Condiciones requeridas para grupos de edad específicos:**

**Niño menor de 6 años y que tiene actualmente, ha tenido un historial de o tiene riesgo de al menos una de las siguientes:**

- Golpe de calor o cansancio extremo por el calor
- Hipotermia, congelación o sabañones
- Malnutrición
- Deshidratación
- Maltrato infantil según lo define el CDC ([https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/CM\\_Surveillance-a.pdf](https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/CM_Surveillance-a.pdf))
- Es un niño con necesidades de atención especiales (CYSHCN) según se define en Recursos de atención y la Administración de servicios (HRSA) ([https://mchb.hrsa.gov/programs-impact/focus-areas/children-youth\[1\]special-health-care-needs-cyshcn#](https://mchb.hrsa.gov/programs-impact/focus-areas/children-youth[1]special-health-care-needs-cyshcn#))
- Una condición aguda o respiratoria crónica
- Una enfermedad infecciosa respiratoria o gastrointestinal o presenta fiebre con una enfermedad infecciosa.
- Bajo peso al nacer, de menos de 2500 gramos o 5.5 libras.

**Embarazada y que tiene actualmente, ha tenido un historial de o tiene riesgo de al menos una de las siguientes:**

- Golpe de calor o cansancio extremo por el calor
- Hipotermia, congelación o sabañones
- Una condición aguda o respiratoria crónica
- Infección
- Embarazo de alto riesgo, según lo define el NIH (<https://www.nichd.nih.gov/health/topics/high-risk/conditioninfo>)
- Historial de embarazos, nacimientos o partos previos con complicaciones incluyendo la diabetes gestacional, la preeclampsia, el parto prematuro, la ruptura de la placenta, un bajo peso del recién nacido, un nacimiento muerto.
- Abuso o violencia interpersonal
- Malnutrición
- Hiperémesis grávida y otras causas de deshidratación.
- Bajo peso materno al nacer, de menos de 2500 gramos o 5.5 libras.
- Embarazos múltiples.
- Condiciones de salud mental

**Adulto de 65 años y que tiene actualmente, ha tenido un historial de o tiene riesgo de al menos una de las siguientes:**

- Golpe de calor o cansancio extremo por el calor
- Hipotermia, congelación o sabañones
- Malnutrición
- Deshidratación
- Toma actualmente medicamentos que afectan la tolerancia al calor, incluyendo para las infecciones de vías respiratorias superiores, alergias, EPOC, espasmos musculares, presión sanguínea, diuresis, diarrea, estreñimiento, antiinflamatorio, condiciones de salud mental, y el sueño.
- Abuso o negligencia
- Una enfermedad infecciosa respiratoria o gastrointestinal o presenta fiebre con una enfermedad infecciosa.
- Condición de salud mental.
- Dos o más condiciones crónicas de salud

#### **Información adicional:**

- Equipo médico duradero (DME) que requiere electricidad para su uso, ejemplos (incluyen, entre otros):
- Sistemas de entrega de oxígeno, incluyendo concentradores, humidificadores, nebulizadores y ventiladores
  - Máquinas de presión positiva intermitente para respirar
  - Dispositivos cardíacos
  - Diálisis en el hogar y diálisis peritoneal automática
  - Bombas de alimentación
  - Infusiones intravenosas
  - Bombas de succión
  - Sillas de ruedas motorizadas
  - Sistemas de elevación y camas eléctricas

- Extractores de leche para los primeros 6 meses posparto
- Otros equipos médicos duraderos necesarios para mantener la vida.

Códigos de procedimiento	Modificadores	Artículo/servicio solicitado
S5165	U1; V1	Aire acondicionados para personas con riesgos de salud por altas temperaturas, incluyendo la entrega
S5165	U1; V4	Calentadores para personas con mayores riesgos de salud por bajas temperaturas, incluyendo la entrega
S5165	U1; V2	Unidades de mini refrigeración según sean necesarias para guardar medicamentos, incluyendo la entrega
T2029	U1	Dispositivos de filtración de aire para personas con riesgos de salud debido a una calidad de aire comprometida, incluyendo la entrega.
T2028	U1; TS	Reemplazo de filtros de aire
S5165	U1; V3	Suministros de energía portátil para personas que necesitan acceso a equipo que depende de la electricidad (como ventiladores, máquinas de diálisis, equipo para intravenosas, elevadores de silla, dispositivos de movilidad, etc.) o tienen riesgo de sufrir cortes de luz contra la seguridad pública que podrían comprometer su capacidad de utilizar los dispositivos médicamente necesarios.

AVISO IMPORTANTE: Este mensaje está dirigido al uso de la persona o entidad a la que se envía y puede contener información privilegiada, confidencial y exenta de divulgación bajo las leyes pertinentes. Si el lector de este mensaje no es el destinatario al que se dirigió, o el empleado o agente responsable de entregarlo a la persona a la que se dirige, queda notificado por la presente de que cualquier diseminación, distribución o copia de esta información está ESTRICTAMENTE PROHIBIDA. Si ha recibido este mensaje por error, por favor, notifíquenos inmediatamente y destruya el mensaje mencionado.