

Solicitud para una autorización previa por necesidades sociales relacionadas con la salud (HRSN)- Nutrición

****Se requiere evaluación MTM y notas de la historia clínica****

Por favor, envíe por fax al 503.850.9398 | Preguntas, llame al 855-722-8205

Información de miembro		
Apellido:	Nombre:	
Nº de Identificación del seguro:	Fecha de nacimiento:	
Dirección:	Condado: <input type="checkbox"/> Polk <input type="checkbox"/> Washington <input type="checkbox"/> Yamhill	
Teléfono:	Correo electrónico:	
Idioma preferido (opcional):	Pronombres (opcional):	
Requerido Información del proveedor solicitante:		
Proveedor/organización/miembro solicitante:	Correo electrónico:	
Dirección:	Teléfono:	Fax:
Médico de cabecera (PCP):	Nº de TIN:	
Número de teléfono del PCP:	Nº de NPI:	
<p>Criterio de elegibilidad, el miembro debe cumplir con TODOS los siguientes requisitos. Se requiere evaluación MTM y notas de la historia clínica</p> <p style="text-align: center;"><i>Si el miembro no cumple con la elegibilidad de HRSN, considere solicitar fondos flexibles de HRS:</i> https://yamhillcco.org/wp-content/uploads/2025/11/Solicitud-de-fondos-YCCO-Flex.pdf</p>		
<input type="checkbox"/> Estar registrado en el OHP bajo la categoría de CCOA o CCOB Y <input type="checkbox"/> Módulo de la encuesta sobre seguridad alimenticia en los hogares de los EE.UU.: https://www.ers.usda.gov/sites/default/files/laserfiche/DataFiles/50764/short2024.pdf Puntuación del formulario breve de seis puntos ____. Debe calificar para una seguridad alimenticia baja o muy baja Y <input type="checkbox"/> Cumplir AL MENOS UNO de los factores de riesgo clínicos específicos a la nutrición. <input type="checkbox"/> Adultos y jóvenes dados de alta de un centro de salud conductual elegible para HRSN <input type="checkbox"/> Adultos y jóvenes liberados del encarcelamiento <input type="checkbox"/> Adultos y jóvenes involucrados con bienestar infantil de Oregón actual o previamente <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> Adultos y jóvenes con riesgo de quedarse sin hogar <input type="checkbox"/> Jóvenes adultos con necesidades especiales de salud <input type="checkbox"/> Cumplir AL MENOS UNO de los factores de riesgo clínicos específicos a la nutrición. <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Necesidades de salud conductual complejas <input type="checkbox"/> Necesidad por discapacidad de desarrollo <input type="checkbox"/> Necesidad de salud física compleja <input type="checkbox"/> Necesidad por asistencia con las actividades de vida diarias o elegible para LTSS <input type="checkbox"/> Experiencia con violencia interpersonal </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Adulto de 65 años o más con factores de riesgo adicionales <input type="checkbox"/> Niño de <21 años con factores de riesgo adicionales <input type="checkbox"/> Uso reiterativo del departamento de emergencias y encuentros por crisis <input type="checkbox"/> Embarazada/posparto <input type="checkbox"/> Joven adulto con necesidades de atención de salud especiales </div> </div>		
<p>Tipo de necesidades: (seleccione las apropiadas)</p>		

<input type="checkbox"/> Comidas médicamente específicas (MTM) (hasta 6 meses) Fecha de término de la evaluación de MTM _____ <input type="checkbox"/> Evaluación de MTM adjunta* <input type="checkbox"/> Plan de atención nutricional completa y adjunta* <input type="checkbox"/> Solicitud inicial <input type="checkbox"/> Renovación <div style="background-color: yellow; padding: 2px;">* Se debe adjuntar la documentación o se retornará el PA</div>	<input type="checkbox"/> Educación sobre la nutrición <input type="checkbox"/> El miembro no califica para recibir terapia de nutrición médica (MNT) a través de OHP
--	--

Testimonio del miembro (debe completarse totalmente).

El miembro ha afirmado que no está recibiendo servicios por duplicado a través de otros programas O que el servicio existente no cubre completamente las necesidades del miembro.

El miembro ha consentido para: Recibir servicios aprobados por HRSN

Ser contactado por teléfono, correo electrónico y texto con el personal de YCCO
 Ser contactado y/o gerenciado por Cara Management (opcional)
 Está de acuerdo en utilizar métodos de tecnología de información para compartir los datos

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 adicionales (opcional):

Información adicional:

Código	Modificadores	Artículo/servicio solicitado

AVISO IMPORTANTE: Este mensaje está dirigido para el uso de la persona o entidad a la que se dirigió y podría contener información privilegiada, confidencial y exenta de ser divulgada bajo las leyes pertinentes. Si quien lee este mensaje no es el destinatario al que se dirige, o el empleado o agente responsable de entregarlo al destinatario al que se dirige, se le notifica por la presente que cualquier disseminación, distribución o copia de esta información está **ESTRICTAMENTE PROHIBIDA**. Si ha recibido este mensaje por error, por favor, notifíquenos inmediatamente y destruya el mensaje relacionado.