

Necesidades sociales relacionadas con la salud (HRSN) Solicitud de autorización previa - Dispositivo climático

Notas de historial requeridas

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

En la solicitud acelerada debe rellenarse la sección requerida

Información del miembro

Apellido:	Nombre:
Número de identificación del seguro:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	
Idioma preferido (opcional):	Pronombres (opcionales):

REQUERIDO Información de contacto

Nombre:	Teléfono:	Fax:
---------	-----------	------

Médico de atención primaria (MAP):

Proveedor solicitante:	TIN#:
Dirección:	NPI#:

Criterios de admisibilidad El miembro debe cumplir **TODOS** los requisitos siguientes

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

- Estar inscrito en el OHP bajo la categoría CCOA o CCOB
- Pertenecer AL MENOS A UNA población cubierta por la HRSN
 - Adultos o jóvenes dados de alta de un Instituto de Enfermedades Mentales (IMD) en los últimos 12 meses
 - Adultos o jóvenes excarcelados en los últimos 12 meses
 - Personas que pasan a la doble cobertura Medicaid/Medicare
 - El individuo cumple actualmente la definición del HUD de persona sin hogar o en riesgo de quedarse sin hogar
 - Jóvenes que reciben asistencia social para la infancia, incluidos los miembros que han recibido asistencia social para la infancia anteriormente
- Cumplir AL MENOS UNO de los Factores de Riesgo Clínicos Específicos del Dispositivo Climático
 - Aire acondicionado para personas con riesgo para la salud debido al fuerte calor
 - Calefactores para personas con mayor riesgo para la salud debido al frío intenso
 - Dispositivos de filtración de aire y, en caso necesario, filtros de aire de repuesto para las personas con riesgo para la salud debido a la mala calidad del aire.
 - Minicentrales frigoríficas, según las necesidades individuales, para el almacenamiento de medicamentos
 - Fuentes de energía portátiles para las personas que necesitan acceder a equipos que dependen de la electricidad (por ejemplo, ventiladores o máquinas de diálisis, equipos intravenosos, sillas elevadoras, dispositivos de movilidad, etc.) o que corren el riesgo de sufrir cortes de suministro eléctrico por motivos de seguridad pública que puedan comprometer su capacidad para utilizar dispositivos médicamente necesarios.
- Cumplir los criterios de un Factor de Riesgo Social - El miembro reside en su propia casa o en una residencia principal no institucional, no conglomerada y tiene una necesidad que será ayudada por uno de los siguientes dispositivos: aire acondicionado, calefactor, dispositivo de filtración de aire, fuente de energía portátil (PPS) y/o minicentrales frigoríficas
- Tener una necesidad médica justificada de uno de los siguientes dispositivos: aire acondicionado, calefactor, dispositivo de filtración de aire, fuente de energía portátil o central frigorífica

Tipo de necesidad: (marque la casilla correspondiente) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Aire acondicionado <input type="checkbox"/> Calefactor <input type="checkbox"/> Filtro de aire <input type="checkbox"/> Mini Refrigerador <input type="checkbox"/> Fuente de energía portátil 	
Declaraciones del miembro (debe completarse en su totalidad) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> El miembro ha declarado que no recibe servicios duplicados a través de otros programas O que el servicio existente no satisface plenamente las necesidades del miembro. <p>El miembro ha dado su consentimiento para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Recibir los servicios aprobados de HRSN <input type="checkbox"/> Ser contactado por teléfono y SMS por el personal de YCCO <input type="checkbox"/> Ser contactado por teléfono por el proveedor de servicios para la entrega y el enganche <input type="checkbox"/> Ser contactado y/o gestionado por Care Management (no es obligatorio) <input type="checkbox"/> Acepta el uso de métodos de tecnología de la información para compartir datos personales <p>El miembro puede utilizar el dispositivo de forma segura en su lugar de residencia. El miembro puede conectar el dispositivo de forma segura y legal. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
ICD-10 Código(s):	Código(s) CPT:
Criterios clínicos para los dispositivos relacionados con el clima (condición médica actual, activa en los últimos 12 meses): <i>La documentación de apoyo de la necesidad médica debe demostrar una necesidad médica específica del dispositivo solicitado.</i>	
Aire acondicionado <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Espectro esquizofrénico y otros trastornos psicóticos <input type="checkbox"/> Trastornos bipolares y relacionados <input type="checkbox"/> Trastorno depresivo mayor, gravedad moderada, gravedad grave, con rasgos psicóticos, con intento de suicidio en los últimos 12 meses, o servicios de crisis (urgencias, equipo móvil de crisis), hospitalización psiquiátrica aguda o tratamiento residencial en los últimos 12 meses <input type="checkbox"/> Uno o más de los siguientes trastornos por consumo de sustancias: trastornos por consumo de alcohol, trastornos por consumo de alucinógenos, trastornos por consumo de inhalantes, trastornos por consumo de opiáceos, trastornos por consumo de estimulantes <input type="checkbox"/> Trastorno neurocognitivo grave <input type="checkbox"/> Embarazada: actual - *Véase la sección de condiciones requeridas para grupos de edad específicos <input type="checkbox"/> 0-6 años de edad - *Véase la sección de condiciones requeridas para grupos de edad específicos <input type="checkbox"/> Mayores de 65 años - *Véase la sección de condiciones requeridas para grupos de edad específicos <input type="checkbox"/> Enfermedad crónica de las vías respiratorias inferiores: enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), asma que requiere el uso regular de medicamentos para su control, enfermedad pulmonar restrictiva, fibrosis, bronquitis crónica, bronquiectasias 	Dispositivo de filtración de aire <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos <input type="checkbox"/> Trastornos bipolares y relacionados <input type="checkbox"/> Trastorno depresivo mayor, gravedad moderada, gravedad grave, con rasgos psicóticos, con intento de suicidio en los últimos 12 meses, o con servicios de crisis (servicio de urgencias, equipo móvil de crisis), hospitalización psiquiátrica aguda o tratamiento residencial en los últimos 12 meses <input type="checkbox"/> Uno o más de los siguientes trastornos por consumo de sustancias: trastornos por consumo de alcohol, trastornos por consumo de alucinógenos, trastornos por consumo de inhalantes, trastornos por consumo de opiáceos, trastornos por consumo de estimulantes <input type="checkbox"/> Trastorno neurocognitivo grave <input type="checkbox"/> Embarazada: actual - *Véase la sección de condiciones requeridas para grupos de edad específicos <input type="checkbox"/> 0-6 años de edad - *Véase la sección de condiciones requeridas para grupos de edad específicos <input type="checkbox"/> Mayores de 65 años - *Véase la sección de condiciones requeridas para grupos de edad específicos <input type="checkbox"/> Enfermedad crónica de las vías respiratorias inferiores: enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), asma que requiere el uso regular de medicamentos para su control, enfermedad pulmonar restrictiva, fibrosis, bronquitis

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular crónica <input type="checkbox"/> Lesión medular <input type="checkbox"/> Cualquier discapacidad sensorial, física, intelectual o del desarrollo <input type="checkbox"/> Recibir cuidados paliativos en el hogar <input type="checkbox"/> Historial de enfermedades relacionadas con el calor, incluidas las visitas a urgencias por enfermedades relacionadas con el calor. <input type="checkbox"/> Enfermedad renal crónica <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson <input type="checkbox"/> Aprobación por revisión para excepción médica debida a: 	<p>crónica, bronquiectasias</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular crónica <input type="checkbox"/> Lesión medular <input type="checkbox"/> Cualquier discapacidad sensorial, física, intelectual o del desarrollo <input type="checkbox"/> Recibir cuidados paliativos en el hogar <input type="checkbox"/> Uso de oxígeno en casa: O2 en casa, concentradores de O2, ventilador en casa <input type="checkbox"/> Aprobación por revisión para excepción médica debida a:
<p>Mini refrigerador médico</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Medicamentos que requieren refrigeración. Algunos ejemplos son los medicamentos para la diabetes mellitus, el glaucoma y el asma; inhibidores del TNF <input type="checkbox"/> Nutrición enteral y parenteral <input type="checkbox"/> Aprobación por revisión para excepción médica debida a: 	<p>Fuente de energía portátil</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Equipos médicos duraderos (EMD) que requieren electricidad para su uso (véase la sección de información adicional para ver ejemplos) <input type="checkbox"/> Tecnologías de asistencia que requieren electricidad y son necesarias para la comunicación o las AVD <input type="checkbox"/> Aprobación por revisión para excepción médica debida a:
<p>Calentador portátil</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos <input type="checkbox"/> Trastornos bipolares y relacionados <input type="checkbox"/> Trastorno depresivo mayor, gravedad moderada, gravedad grave, con rasgos psicóticos, con un intento de suicidio en los últimos 12 meses, o con servicios de crisis (urgencias, equipo móvil de crisis), hospitalización psiquiátrica aguda o tratamiento residencial en los últimos 12 meses <input type="checkbox"/> Uno o más de los siguientes trastornos por consumo de sustancias: trastornos por consumo de alcohol, trastornos por consumo de alucinógenos, trastornos por consumo de inhalantes, trastornos por consumo de opiáceos, trastornos por consumo de estimulantes <input type="checkbox"/> Trastorno neurocognitivo grave <input type="checkbox"/> Embarazada: actual - *Véase la sección de condiciones requeridas para grupos de edad específicos <input type="checkbox"/> 0-6 años de edad - *Véase la sección de condiciones requeridas para grupos de edad específicos <input type="checkbox"/> Mayores de 65 años - *Véase la sección de condiciones requeridas para grupos de edad específicos <input type="checkbox"/> Enfermedad crónica de las vías respiratorias inferiores: enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), asma que requiere el uso regular de medicamentos para su control, enfermedad pulmonar restrictiva, fibrosis, bronquitis crónica, bronquiectasias <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular crónica <input type="checkbox"/> Lesión medular <input type="checkbox"/> Cualquier discapacidad sensorial, física, intelectual o del desarrollo <input type="checkbox"/> Recibir cuidados paliativos en el hogar <input type="checkbox"/> Historial de enfermedades relacionadas con el calor, incluidas las visitas a urgencias por enfermedades relacionadas con el calor <input type="checkbox"/> Enfermedad renal crónica <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson 	

Aprobación por revisión para excepción médica debida a:

Acelerada (Expedited)- se define como la vida, la salud, o la capacidad del miembro para recuperar el máximo de sus funciones está en grave peligro si no se toma una decisión en el plazo establecido. **La solicitud debe incluir documentación de apoyo para justificar una revisión acelerada.**

Explicación requerida:

Comentarios:

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

Condiciones requeridas para grupos de edad específicos:

Menores de 6 años que tengan, hayan tenido o corran el riesgo de tener al menos una de las siguientes

enfermedades: • Golpe de calor o agotamiento por calor • Hipotermia, congelación o sabañones • Desnutrición •
Deshidratación • Maltrato infantil según la definición de los CDC

(https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/CM_Surveillance-a.pdf) 2024 Documento de Orientación HRSN, V3 - Página 9 -

Se trata de un niño con necesidades sanitarias especiales (CYSHCN) según la definición de la Administración de Recursos

y Servicios Sanitarios (HRSA) ([https://mchb.hrsa.gov/programs-impact/focus-areas/children-youth\[1\]special-health-care-needs-cyshcn#i](https://mchb.hrsa.gov/programs-impact/focus-areas/children-youth[1]special-health-care-needs-cyshcn#i)) • Enfermedad respiratoria aguda o crónica • Enfermedad infecciosa respiratoria o gastrointestinal, o

febrícula debida a una enfermedad infecciosa • Bajo peso al nacer, inferior a 2.500 gramos o 5,5 libras

Embarazada y que actualmente tenga, haya tenido o corra el riesgo de tener al menos una de las siguientes

enfermedades: • Golpe de calor o agotamiento por calor • Hipotermia, congelación o sabañones • Enfermedad respiratoria
aguda o crónica • Infección • Embarazo de alto riesgo según la definición de los NIH

(<https://www.nichd.nih.gov/health/topics/high-risk/conditioninfo>) • Historial previo de embarazo, parto o complicación del

parto, incluyendo diabetes gestacional, preeclampsia, parto prematuro, nacimiento prematuro, desprendimiento de la
placenta, recién nacido con bajo peso al nacer, mortinato • Maltrato o violencia interpersonal • Desnutrición • Hiperémesis

gravídica y otras causas de deshidratación • Bajo peso al nacer de la madre, inferior a 2.500 gramos o 5,5 libras •

Embarazo múltiple • Enfermedad mental

Adulto mayor de 65 años que tenga actualmente, tenga un historial de, o esté en riesgo de al menos una de las

siguientes enfermedades: • Golpe de calor o agotamiento por calor • Hipotermia, congelación o sabañones • Desnutrición •

Deshidratación • Actualmente toma medicamentos que afectan a la tolerancia al calor, incluyendo infecciones de las vías

respiratorias superiores, alergias, EPOC, espasmos musculares, presión sanguínea, diuresis, diarrea, estreñimiento, antiinflamatorios, enfermedades mentales y sueño • Abuso o negligencia • Enfermedad infecciosa respiratoria o gastrointestinal, o febrícula con una enfermedad infecciosa • Enfermedad mental • Dos o más enfermedades crónicas

Información adicional:

Ejemplos de equipo médico duradero (DME) que requiere electricidad para su uso (incluyen, pero no se limitan a):

- Sistemas de administración de oxígeno, incluidos concentradores, humidificadores, nebulizadores y ventiladores
- Respiradores de presión positiva intermitente
- Dispositivos cardíacos
- Diálisis a domicilio y diálisis peritoneal automatizada
- Bombas de alimentación
- Infusiones intravenosas
- Bombas de aspiración
- Silla de ruedas eléctrica y scooter
- Sistemas elevadores y camas eléctricas
- Sacaleches para los primeros 6 meses después del parto
- Otros DME médicamente necesarios para mantener la vida

Código del procedimiento	Modificadores	Artículo/servicio solicitado:
S5165	U1; V1	Aire acondicionado para personas con riesgo para la salud debido al fuerte calor, incluido la entrega
S5165	U1; V4	Calefactor para personas con mayor riesgo para la salud debido al frío, incluido la entrega
S5165	U1; V2	Mini unidad de refrigeración según sea necesario para el individuo para el almacenamiento de medicamentos, incluida la entrega
T2029	U1	Dispositivo de filtración de aire para personas con riesgo para la salud debido a la mala calidad del aire, incluida la entrega
T2028	U1; TS	Repuestos de filtros de aire
S5165	U1; V3	Fuentes de alimentación portátiles para personas que necesitan acceder a equipos que dependen de la electricidad (por ejemplo, ventiladores, máquinas de diálisis, equipos intravenosos, sillas elevadoras, dispositivos de movilidad, dispositivos de comunicación, etc.) o que corren el riesgo de sufrir cortes de suministro eléctrico por motivos de seguridad pública (PSPS) que puedan comprometer su capacidad para utilizar dispositivos médicamente necesarios.

AVISO IMPORTANTE: Este mensaje está destinado a la persona o entidad a la que va dirigido y puede contener información privilegiada, confidencial y exenta de divulgación en virtud de la legislación aplicable. Si el lector de este mensaje no es el destinatario previsto, o el empleado o agente responsable de entregarlo al destinatario previsto, por la presente se le notifica que cualquier difusión, distribución o copia de esta información está **ESTRICTAMENTE PROHIBIDA**. Si ha recibido este mensaje por error, avisenos inmediatamente y destruya el mensaje relacionado.

12/12/2023