

Solicitud para autorización de necesidades sociales relacionadas con la Salud de Nutrición (HRSN)

****Se requiere registro del expediente médico y/o nutriólogo ****

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

Para una solicitud urgente, debe completar la sección requerida.

Información del miembro

Apellido:	Nombre:
Nº de Identificación del seguro médico:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	Condado: ☐ Polk ☐ Washington ☐ Yamhill
Teléfono:	Correo electrónico:
Idioma preferido (opcional):	Pronombres (opcional):

****Requerido** Solicitar información del proveedor**

Proveedor/Organización/Miembro solicitante:	Correo electrónico:
Dirección:	Teléfono:
	Fax:
Doctor de cabecera (PCP):	Nº de TIN:
Número de teléfono del PCP:	Nº de NPI:

Criterio de elegibilidad, el miembro debe cumplir con **TODOS los siguientes requisitos.**
Si el miembro no cumple con la elegibilidad de HRSN, considere solicitar fondos flexibles de HRS:
<https://yamhillcco.org/wp-content/uploads/YCCO-Flex-Funds-Request-1.pdf>

- ☐ Estar inscrito en el OHP bajo la categoría de CCOA o CCOB Y
- ☐ El módulo de encuesta de seguridad alimenticia del hogar estadounidense:
<https://www.ers.usda.gov/sites/default/files/laserfiche/DataFiles/50764/short2024.pdf>
 Puntuación del formulario breve de seis artículos _____. Debe calificar para la seguridad alimenticia a un nivel bajo o muy bajo. Y

Cumplir con AL MENOS UNA de las poblaciones cubiertas por HRSN

- ☐ Adultos y jóvenes dados de alta de un centro de salud conductual elegible para HRSN
- ☐ Adultos y jóvenes liberados de prisión
- ☐ Adultos y jóvenes que participan o han participado en el Sistema de Bienestar Infantil de Oregon
- ☐ Personas que han pasado de ser beneficiarios exclusivos de Medicaid a beneficiarios de doble elegibilidad (Medicaid y Medicare) en los próximos 3 o 9 meses
- ☐ Adultos y jóvenes en riesgo de quedarse sin hogar
- ☐ Adultos jóvenes con necesidades especiales de atención médica (YSHCN)

Cumplir AL MENOS UNO de los factores de riesgo clínicos específicos a la nutrición.

- ☐ Necesidades de salud conductual complejas
- ☐ Necesidades por discapacidad de desarrollo
- ☐ Necesidades de salud física complejas
- ☐ Necesidades para asistencia con las actividades de vida diaria o para LTSS elegibles

- ☐ Experiencia por violencia interpersonal
- ☐ Adulto de 65 años o más
- ☐ Niño menor de 21 años
- ☐ Uso repetido de los servicios de urgencias y encuentros de crisis
- ☐ Embarazo/posparto
- ☐ Adulto joven con necesidades especiales de salud

Tipo de necesidades: (seleccione las apropiadas)

- ☐ **Comidas médicamente específicas (MTM) (hasta 6 meses)**

Evaluación de MTM, fecha de realización _____

- ☐ Evaluación de MTM adjunta*
- ☐ Plan de atención nutricional completa y adjunta*
- ☐ Solicitud inicial ☐ Renovación

*** Se debe adjuntar la documentación o se retornará la autorización**

- ☐ **Educación sobre nutrición**

- ☐ El miembro no califica para recibir terapia de nutrición médica (MNT) a través de OHP

Declaraciones del miembro (debe estar totalmente completo)

- ☐ El miembro declara que no está recibiendo servicios duplicados a través de otros programas/ el servicio no está actualmente cubriendo sus necesidades

El miembro ha dado su consentimiento para:

- ☐ recibir servicios aprobados por HRSN
- ☐ ser contactado por teléfono y texto por el personal de YCCO
- ☐ ser contactado por teléfono por el proveedor para la entrega y conexión del servicio Requerido y/o administrado por el equipo de cuidado de salud
- ☐ ser contactado y/o gerenciado por Cara Management (opcional)
- ☐ Acepta el uso de métodos de tecnología de la información para compartir datos personales

ICD-10, Código(s):

CPT Código(s):

Acelerado- Definidas como la vida, salud o capacidad de recuperar la máxima función del miembro, está en serio riesgo si la determinación no se lleva a cabo en el plazo establecido. **La solicitud debe incluir documentación de apoyo para justificar una revisión urgente.**
Explicación requerida:

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 recipiente al que se dirige, o el empleado o agente responsable de entregarlo al recipiente al que se dirige, se le notifica por la presente 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 relacionad

