

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: <input type="checkbox"/> Polk <input type="checkbox"/> Washington <input type="checkbox"/> 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 alimentaria 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 alimentaria a un nivel bajo o muy bajo. Y
- 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)

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 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.

