

## 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:
<b>Doctor de cabecera (PCP):</b>	Nº de TIN:	
<b>Número de teléfono del PCP:</b>	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.

