



NC DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

Transiciones a la vida en comunidad: proceso de verificación de referencias (RSVP)

El propósito de completar esta derivación es iniciar una evaluación para TCLI. **Todos los campos son obligatorios a menos que se indique lo contrario.**

La Iniciativa de Transiciones a la Vida Comunitaria (TCLI) ofrece a los adultos elegibles que viven con enfermedades mentales graves la oportunidad de elegir dónde vivir, trabajar y disfrutar en Carolina del Norte. Esta iniciativa promueve la recuperación mediante la provisión de vivienda a largo plazo, servicios comunitarios, empleo con apoyo e integración comunitaria. Consulte el acuerdo del Departamento de Justicia para obtener más información.

Rol de referente

-Servicios para personas que buscan empleo

-Guardián

-Hospital

-LME-MCO

-Proveedor

-Plan estándar

-Otro _____

¿Está enviando una referencia de alcance de SPH?

-Sí - No

¿La persona referida tiene un tutor?

-Sí - No

Si el individuo tiene un tutor que se considera un "tutor de la persona" o "tutor general", pero **no** el "guardián de los bienes", ese guardián **debe** ser notificado **antes** haciendo la referencia.

-La persona que completa la derivación ha recibido el consentimiento **del individuo al que se hace referencia** o **del guardián** ponerse en contacto con la LME-MCO para realizar una evaluación de desvío.

Si el individuo tiene un tutor:

Nombre del tutor: _____ Apellido: _____

Número de teléfono del tutor: (____) _____ Correo electrónico (opcional): _____

Nombre del referente: _____ Apellido: _____

Número de teléfono del referente: (____) _____ Correo electrónico: _____

Nombre del individuo: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento individual: _____

Género individual:

-Masculino -Femenino -Otro

Número de teléfono individual: (____)_____ Correo electrónico (opcional): _____

Ubicación del individuo en el momento de la remisión

Nombre de la instalación, hospital o refugio (si corresponde): _____



NC DEPARTMENT OF
**HEALTH AND
HUMAN SERVICES**

Tipo de ubicación del individuo

-Instalación (ACH/licencia .5600/SNF) -Encarcelado
-Hospital psiquiátrico estatal -Con familia/amigos (temporalmente)
-Hospital comunitario - Residiendo en residencia privada
-Personas sin hogar (pensión/hotel/refugio)

Dirección de ubicación del individuo (si se trata de una instalación): _____

Dirección de ubicación del individuo Ciudad: _____ Estado _____ Código postal _____

Motivo de la derivación (seleccione todas las que correspondan)

-Salud mental -Discapacidad intelectual/del -Médico: Diagnóstico médico:
-Consumo de sustancias desarrollo _____
-Lesión cerebral traumática (LCT) -Servicios de cuidado personal (PCS)

Posibles diagnósticos de salud mental (seleccione todos los que correspondan)

-Trastorno bipolar I -Trastorno depresivo mayor -Trastorno de estrés postraumático
-Trastorno bipolar II -Trastorno esquizoafectivo (TEPT)
-Trastorno límite de la personalidad -Esquizofrenia -Desconocido
-Trastorno delirante - Esquizofrenia paranoide

¿Es el individuo potencialmente elegible para Medicaid?

-Sí -Solicitud pendiente -Desconocido
-No -No he aplicado

Número de Medicaid si lo conoce, o los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social: _____

Condado de Medicaid individual o condado de residencia: _____

Agregue cualquier información adicional, si corresponde, sobre el individuo que considere necesaria para ayudar en el proceso de evaluación (por ejemplo: hospitalizaciones pasadas, medicamentos, historial de diagnósticos, condiciones médicas, otra cobertura de seguro, etc.)

Proporcione su dirección de correo electrónico y teléfono de contacto para que podamos recopilar la documentación complementaria durante el próximo proceso de selección. **lista** Los documentos complementarios que se pueden proporcionar. (Ejemplo: abcd@maryshospital.com , 555-555-1234, Evaluación Clínica Integral, Evaluación Psicológica, documentación de ingreso y alta hospitalaria, etc.)

Las referencias de artículos deben enviarse al DMH/DD/SUS.

FAX:
919-508-0953

○

Dirección de envío:
*Atención.*Sección de Salud Mental – Centro de
Servicio de Correo RSVP 3001
Raleigh, Carolina del Norte 27699-3001

Para preguntas de RSVP y cuestiones técnicas

Para asistencia, por favor contacte
a: RSVP.referral@dhhs.nc.gov