

## Coordinación de la atención intensiva

### Formulario de derivación al programa

Este formulario de derivación se puede usar para adultos y jóvenes en el Plan de Salud Conductual de Idaho (Idaho Behavioral Health Plan, IBHP).

El programa de Coordinación de la atención intensiva (Intensive Care Coordination, ICC) de Magellan proporciona administración de atención intensiva para:

- Adultos con enfermedad mental grave y persistente (SPMI) o enfermedad mental grave (SMI)
- Jóvenes con trastornos emocionales graves (SED)\* que:
  - necesitan un nivel de atención más alto
  - están en transición desde una colocación fuera del hogar, como:
    - cuidado temporal terapéutico
    - un hospital psiquiátrico agudo
    - o un centro de tratamiento residencial
  - necesitan apoyo para prevenir la colocación fuera del hogar o la participación en múltiples sistemas de atención infantil

*\*SED se define como un joven con diagnóstico de la versión más reciente del DSM y deterioro funcional identificado mediante la evaluación de Necesidades y Fortalezas del Niño y el Adolescente (Child and Adolescent Needs and Strengths, CANS).*

| Información del miembro                           |                                 |
|---------------------------------------------------|---------------------------------|
| Nombre del miembro:                               | Fecha de nacimiento:            |
| N.º de identificación de Medicaid:                | Fecha de la derivación:         |
| Teléfono del miembro:                             | Correo electrónico del miembro: |
| Información sobre padres/tutores (si corresponde) |                                 |
| Nombre del padre/madre/tutor:                     | Teléfono del padre/madre/tutor: |
| Correo electrónico del padre/madre/tutor:         |                                 |
| Fuente de derivación                              |                                 |
| Nombre de la fuente de derivación:                | Teléfono:                       |
| Organización/Proveedor (opcional):                |                                 |
| Información clínica                               |                                 |
| Diagnóstico del DSM-5:                            | Puntuación CANS:                |

## Formulario de derivación al Programa de coordinación de la atención intensiva

### Criterios de elegibilidad de ICC

Por favor, marque una casilla para confirmar que se ha cumplido el criterio:

- ☐ El miembro tiene SMI o SPMI
- ☐ El miembro tiene SED (***Solo para jóvenes***)
- ☐ El miembro está en transición desde una acogida fuera del hogar (hospital, RTC, cuidado temporal terapéutico)
- ☐ El miembro corre el riesgo de ser colocado fuera del hogar
- ☐ El miembro tiene necesidades complejas de salud conductual que requieren coordinación multisistémica

### Factores de riesgo actuales

Por favor, identifique cualquier factor de riesgo actual que esté experimentando el miembro:

### Motivo de la derivación

Por favor, describa brevemente por qué el miembro está siendo derivado a ICC:

### Envíe los formularios completados:

- **Fax:** 1-888-656-2709
- **Correo electrónico:** [IBHPClinical@MagellanHealth.com](mailto:IBHPClinical@MagellanHealth.com)
- **Teléfono:** 1-855-202-0983 (TTY 711)