Administración Mejorada de la Atención (ECM)
Guía del plan de atención

Información del paciente			
Nombre:	Apellido:		Fecha de nacimiento:
Género:	Pronombres preferidos:	Idioma principal:	

Información de la dirección			
Calle:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Condado:
¿La dirección postal es la misma que el domicilio?	☐ Sí	☐ No	
Calle:		Apartado de correos:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Condado:

Información de contacto
Correo electrónico:
N.º de teléfono:

Otros contactos		
Familiar/cuidador	Nombre:	¿Podemos comunicarnos si es necesario?
Correo electrónico:		N.º de teléfono:
Equipo comunitario	Nombre:	¿Podemos comunicarnos si es necesario?
Correo electrónico:		N.º de teléfono:
Representante del programa	Nombre:	¿Podemos comunicarnos si es necesario?
Correo electrónico:		N.º de teléfono:

Información del seguro		
ID de Medi-Cal:		
Seguro principal	Plan:	N.º del grupo:
N.º de la póliza:	ID del miembro:	
Seguro secundario	Plan:	N.º del grupo:
N.º de la póliza:	ID del miembro:	

Agudeza	¿Cómo siente el miembro que es su administración de su salud?
☐ Bajo riesgo ☐ Alto riesgo	☐ Deficiente ☐ Moderada ☐ Buena

Factores sociales de la salud	
Si el miembro tiene algún cambio, marque la casilla y complete solo los cambios: ☐	
Educación:	Situación laboral:
Estado de ingresos:	Seguridad alimentaria:
Estabilidad de la vivienda:	Transporte:
Redes de apoyo:	

Administración Mejorada de la Atención (ECM)
Guía del plan de atención

Notas adicionales:

Criterios de ECM		
Poblaciones de interés *(Marque todas las opciones que correspondan)*		
Adulto	Adultos sin hogar.	☐
	Adultos en riesgo de tener una estadía en el hospital o el Departamento de Emergencias (Emergency Department, ED) que podría evitarse.	☐
	Adultos con necesidades graves de salud mental (Serious Mental Health, SMH) o trastorno por consumo de sustancias (Substance Use Disorder, SUD).	☐
	Adultos que viven en la comunidad y que corren el riesgo de necesitar servicios de atención a largo plazo.	☐
	Adultos que se mudan de una residencia de ancianos a la comunidad.	☐
	Personas adultas que están embarazadas y en posparto o que enfrentan circunstancias injustas con el parto, debido a diferencias de raza y origen étnico.	☐
	Adultos que se mudan de la presión a la comunidad	☐
Niño	Niños sin hogar.	☐
	Niños en riesgo de tener una estadía en el hospital o el Departamento de Emergencias (ED) que podría evitarse.	☐
	Niños con necesidades graves de salud mental (SMH) o trastorno por consumo de sustancias (SUD).	☐
	Niños inscritos en los Servicios para los niños de California (California Children's Services, CCS) o el modelo Whole Child del CCS con necesidades adicionales.	☐
	Estar en el sistema de bienestar infantil.	☐
	Personas menores de edad que están embarazadas y en posparto o que enfrentan circunstancias injustas con el parto, debido a diferencias de raza y origen étnico.	☐
	Niños que se mudan de un centro juvenil a la comunidad.	☐

Administración Mejorada de la Atención (ECM)
Guía del plan de atención

Salud física	
Problemas médicos activos (enfermedades crónicas, riesgo de caídas, habla, etc.)	**Antecedentes médicos**

*Presión arterial:		*Niveles de A1C (glucosa en sangre):	
Para miembros de más de 18 años; si tiene más de 140/90, consulte al proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) para obtener asesoramiento		**Miembros que tienen diabetes o toman medicamentos antipsicóticos**	
Fecha:	___ Sistólico /___ Diastólico	Fecha:	___ A1C%

Salud dental	
Problemas/inquietudes dentales activas	
Nombre del dentista:	Fecha de la última visita:
Consultorio dental:	Fecha de la próxima visita:

Historia clínica de salud mental		
***Si el puntaje de la prueba del cuestionario sobre la salud del paciente 2 (Patient Health Questionnaire-2, PHQ-2) es de 3 o más, se requiere la prueba PHQ-9. Los puntajes de 10 o más requieren seguimiento.**		
Fecha:	*Puntaje del PHQ-2	*Puntaje del PHQ-9
Si el miembro está tomando antidepresivos o realiza psicoterapia, dar más información: (Por ejemplo: toma la medicación según las instrucciones; mejoras en la salud mental después de la terapia)		

Detección de trastornos por el uso de sustancias	
Consumo de alcohol	**Consumo de drogas**

Administración Mejorada de la Atención (ECM)
Guía del plan de atención

Con qué frecuencia:	Con qué frecuencia: Tipo de drogas:
*Puntaje de AUDIT-C	*Puntaje de DAS T-10
Si tiene alguna información adicional, le pedimos que la informe:	

Hospitalizaciones	
N.º de visitas al hospital en los últimos 6 meses:	N.º de visitas a la sala de emergencias en los últimos 6 meses:

Equipo médico duradero actualmente en uso (seleccione todos los que correspondan)		
☐ Cama de hospital	☐ Oxígeno	**Equipos adicionales**
☐ Silla de ruedas	☐ Andador	

Visitas al médico	
N.º de visitas al PCP en los últimos 6 meses:	Fecha de la última visita:
Nombre del médico:	Consultorio del médico:
N.º de visitas a especialistas en los últimos 6 meses:	Fecha de la última visita:
Nombre del especialista:	Consultorio del especialista:

Lista de	**¿Para qué es la medicación?**

Alergias

Servicios de apoyo a largo plazo	
☐ Servicios comunitarios para adultos (CBAS)	☐ Servicios de apoyo en el hogar (IHSS)

*Los resultados de las pruebas deben comunicarse al miembro en detalle y pueden requerir una divulgación adicional.

Administración Mejorada de la Atención (ECM)
Guía del plan de atención

☐	Agencia de atención de la salud en el hogar (bajo el cuidado de un proveedor	☐	Programa Polivalente de Servicios para Mayores (MSSP)
☐	Cuidados de hospicio	☐	Cuidados paliativos (atención médica para enfermedades graves)
☐	Otro:		
Notas adicionales:			

Planificación anticipada de la atención

Se analizó la planificación anticipada de la atención	☐ Sí	☐ No
Sustituto para la toma de decisiones (persona que toma decisiones médicas por un paciente)	☐ Tiene un sustituto	☐ No quiere un sustituto
Directiva anticipada (documento de preferencias médicas)	☐ Tiene una directiva	☐ No quiere una directiva
Notas adicionales:		

Objetivos

Objetivo:	
Acción:	
Obstáculos:	
Resultado:	☐ Objetivo cumplido ☐ No se cumplió el objetivo ☐ Objetivo parcialmente cumplido
Objetivo:	
Acción:	
Obstáculos:	
Resultado:	☐ Objetivo cumplido ☐ No se cumplió el objetivo ☐ Objetivo parcialmente cumplido
Objetivo:	
Acción:	
Obstáculos:	
Resultado:	☐ Objetivo cumplido ☐ No se cumplió el objetivo ☐ Objetivo parcialmente cumplido
Objetivo:	

Administración Mejorada de la Atención (ECM)
Guía del plan de atención

Acción:	
Obstáculos:	
Resultado:	☐ Objetivo cumplido ☐ No se cumplió el objetivo ☐ Objetivo parcialmente cumplido

Derivaciones necesarias

Recomendaciones adicionales

Nombre del miembro del personal de ECM: _____

Fecha: _____

Firma del miembro del personal de ECM: _____

Fecha: _____

Firma del profesional clínico: _____ Título: _____ Fecha: _____