

Formulario de presentación de barreras

No incluya información médica protegida en este formulario

Puede encontrar este formulario en UmpquaHealth.com, en las pestañas **Proveedor** y **Miembro de OHP**

<https://www.umpquahealth.com/wp-content/uploads/2020/05/barrier-submission-form-3-3.docx>

Fecha: Click here to enter text.

Edad de la persona afectada por la barrera: Click here to enter text.

Tipo de barrera (marque todas las que correspondan):

- Servicios y apoyos (acceso, entorno, ubicación, calidad, brechas o financiación)
- Políticas y procedimientos (específicos del sistema o de la agencia)
- Reuniones de equipo al servicio de los jóvenes y las familias (proceso, protocolo o funcionamiento)
- Reglas estatales y federales (FERPA, HIPAA, mandatos, leyes o políticas)
- Competencia cultural y lingüística
- Colaboración de sistemas (falta de coordinación o comunicación entre sistemas o agencias)
- Funciones y responsabilidades (quién hace qué)
- Participación (familia, comunidad o niño/joven)
- Inestabilidad de la vivienda
- Transporte/distancia
- Cuidado de niños
- Inseguridad alimentaria
- Otro: Click here to enter text.

La barrera está relacionada con el siguiente sistema (marque todos los que correspondan):

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Educación | <input type="checkbox"/> I/Discapacidades del desarrollo (I/DD) |
| <input type="checkbox"/> Juvenil | <input type="checkbox"/> Bienestar infantil |
| <input type="checkbox"/> Fomentar | <input type="checkbox"/> Salud mental |
| <input type="checkbox"/> Salud física | <input type="checkbox"/> Envoltente |
| <input type="checkbox"/> Familia | <input type="checkbox"/> Otro: Click here to enter text. |

Descripción de la barrera (2 o más frases):

Click or tap here to enter text.

Recomendación (incluya sugerencias sobre cómo superar la barrera, si la hubiera):

Click or tap here to enter text.

Sección 2:

¿Está la persona afectada por la barrera en una lista de espera? Sí No

¿Qué tipo de lista de espera? Click here to enter text.

¿Qué tipo de seguro tiene la persona afectada por la barrera?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> UHA-CCO (OHP) | <input type="checkbox"/> Tarjeta abierta (OHP) |
| <input type="checkbox"/> Otros CCO | <input type="checkbox"/> Seguro privado |
| <input type="checkbox"/> Sin seguro | <input type="checkbox"/> Otro: Click here to enter text. |

¿Ubicación o ubicación de la persona afectada por la barrera?

- Casa
- Refugio para jóvenes (actualmente reside en un refugio para jóvenes)
- Personas sin hogar (actualmente residen en un campamento, un vehículo o el sofá de un amigo)
- Foster (actualmente reside en un hogar de acogida)
- Otro: Click here to enter text.

Nombre de la persona que envía el formulario: Click here to enter text.

Si corresponde, organización o función: Click here to enter text.

Click here to enter text.

Información de contacto (teléfono o correo electrónico): Click here to enter text.

Información adicional: Click here to enter text.

Envíe el formulario completo a SOCBarriers@umpquahealth.com o en persona a: Servicios para miembros de Umpqua Health Alliance, ubicado en 3031 NE Stephens ST. | Roseburg, OR 97470.