

Formulario de solicitud de gastos flexibles para servicios relacionados con la salud

- Los servicios relacionados con la salud se definen en las Reglas Administrativas de Oregón (OAR 410-141-3500 y 410-141-3845), los términos y condiciones especiales de la exención 1115 y el Código de Regulaciones Federales (CFR) 45 CFR 158.150 y 45 CFR 158.151
- Estos son servicios no cubiertos que se ofrecen como complemento de los beneficios cubiertos por el Plan Estatal de Medicaid de Oregón para mejorar la prestación de cuidados y la salud y el bienestar general de los miembros y la comunidad.
- **Los servicios flexibles**, que son servicios rentables que se ofrecen a un miembro individual para complementar los beneficios cubiertos, deben cumplir con los requisitos de:
 - Actividades que mejoran la calidad de la atención médica (45 CFR 158.150); o
 - Gastos relacionados con la tecnología de la información sanitaria y los requisitos de uso significativo para mejorar la calidad de la atención médica (45 CFR 158.151).

Instrucciones:

- Complete este formulario, así como la evaluación de riesgos para la salud, para que se revise esta solicitud. Puede enviarlos por fax al 541-677-5881 o enviarlos por correo electrónico a flexspending@umpquahealth.com o se deja o se envía por correo a 3031 SE Stephens St. Roseburg, OR 97470, ATTN: Flexible Spending.
- Tenga en cuenta que se deben agotar todos los recursos antes de que se apruebe una solicitud de gastos flexibles. Esto debe estar respaldado en el formulario.
- **El miembro de la UHA DEBE firmar la certificación para la divulgación de información de la HIPAA.**
- Todas las solicitudes deben incluir la documentación de respaldo tal como se describe en nuestro sitio web en <https://www.umpquahealth.com/hrsflex/>.
- Si la solicitud es para servicios proporcionados por un proveedor/proveedor independiente, este debe incluir un W9 para realizar el pago.

Información de los miembros

Nombre del miembro:		ID de miembro:	
Fecha de nacimiento:		Dirección del miembro:	
Teléfono del miembro:		Correo electrónico:	

Información del remitente

Todas las solicitudes deben ser completadas por un proveedor/socio comunitario/coordinador de cuidados (con excepción de las solicitudes continuas de continuación de los servicios y las unidades de aire acondicionado/calefacción).

Nombre del remitente:		Credenciales del remitente:	
Oficina del remitente:		Correo electrónico:	
Teléfono del remitente:		Fax del remitente:	

Detalles de la solicitud

Diagnóstico primario:			
-----------------------	--	--	--

Artículo o servicio solicitado:		Coste total esperado:	
---------------------------------	--	-----------------------	--

Información del proveedor: (dirección y número de teléfono o enlace)

Duración del pago:	Frecuencia de pago:
Una vez	Diariamente
Un mes	Semanal
Dos meses	Mensual
Tres meses	Trimestral
Otros:	Anualmente

Describa cómo el servicio solicitado trata o previene las afecciones de salud física, bucal o conductual, mejora los resultados de salud o previene o retrasa el deterioro de la salud:

Describa cómo esto puede reducir de manera eficiente y efectiva los costos médicos y mejorar la atención (ejemplo: evitar el ingreso hospitalario evitable):

¿Cuál es la duración prevista de la estancia?			
Indique los motivos por los que se solicita alojamiento:			
Enumere los gastos mensuales actuales (adjunte el comprobante de gastos):			
Vivienda	\$	Comida	\$
Utilidades	\$	Transporte	\$
¿Está empleado?			
¿Cuál es su ingreso mensual?			
¿Está buscando empleo?			
Enumere los negocios/trabajos a los que se ha postulado:			
Proporcione un plan para garantizar una vivienda a largo plazo en el futuro.			
¿Cuál es la dirección y la información de contacto del propietario/administrador?			
¿Está vencido su alquiler?			Yes No
¿Son frágiles desde el punto de vista médico (por ejemplo, recién nacidos, reciben quimioterapia o diálisis en curso, dependen del oxígeno, etc.) y corren el riesgo de quedarse sin hogar?			Yes No
¿Se encuentra actualmente sin hogar o vive en una vivienda deficiente o está experimentando una interrupción en su vivienda?			Yes No
¿Necesita una vivienda a corto plazo para recuperarse después del alta hospitalaria o de un procedimiento médico?			Yes No
¿Está inscrito en los programas New Day o New Beginning?			Yes No
¿Ya recibió su medicamento antiviral de acción directa (DAA) para el tratamiento de la hepatitis C?			Yes No
¿Tiene un documento de identidad válido (solo es obligatorio en el hotel)?			Yes No
¿Ha infringido anteriormente las reglas descritas en el Acuerdo de vivienda temporal para miembros (última página)?			Yes No

Autorizo a Umpqua Health Alliance y sus socios a compartir información médica personal (PHI) con los proveedores de los servicios relacionados con la salud que se solicitan en este formulario.

Firma del miembro (firma del proveedor si el miembro dio su consentimiento verbal)

Fecha

Acuerdo de vivienda temporal (a corto plazo) para miembros

Umpqua Health Alliance (UHA) ofrece servicios flexibles a sus miembros. Estos son para ayudarlo a pagar los servicios que no están cubiertos por sus beneficios de salud (servicios cubiertos). Su objetivo es ayudarlo con su salud y bienestar generales. Debe aceptar las siguientes reglas para obtener alojamiento a corto plazo en un hotel o motel. También debe completar cualquier otro papeleo necesario y cumplir con los criterios para recibir esta ayuda.

Nombre del miembro	
Nombre del hotel/motel	
Fecha de aprobación	
Fecha de entrada	

Seguiré todas las normas del hotel o motel. Comprendo que el personal de la UHA u otro miembro del personal del proveedor puede comprobar mi estado durante mi estancia. Comprendo que se me pedirá que abandone el hotel o motel si no sigo sus normas. También se me pedirá que me vaya si no cumplo con este acuerdo. Si me piden que me vaya, sé que ya no recibiré esta ayuda. Comprendo que se me pedirá que me vaya si:

- Causar o amenazar con causar lesiones a cualquier miembro del personal o huésped.
- Realice acciones inseguras que puedan afectar a la seguridad o la salud del personal o los huéspedes.
- Tenga o consuma drogas ilegales, alcohol o parafernalia (artículos o suministros utilizados para consumir drogas) mientras se encuentre en el hotel o motel.
- Fume dentro o a menos de diez pies del hotel o motel.
- Haga que vengan invitados. Todos los visitantes o cualquier persona que vaya a alojarse en la habitación deberán figurar en el formulario de solicitud y contar con la aprobación de la UHA (niños o miembros de la familia).
- Acosar, causar o amenazar con dañar al personal o a los huéspedes con lo que diga, escriba o haga.
- Provocar o amenazar con causar daños a la propiedad de un hotel o motel.
- Use o amenace con usar cualquier arma en la propiedad de un hotel o motel.
- Lleve un arma al hotel o motel.

Comprendo que soy responsable de mis acciones. Esto incluye los daños a la habitación del hotel. También incluye infringir cualquier norma hotelera. Entiendo que debo tratar al personal y a los huéspedes del hotel con respeto. Comprendo que se puede realizar un desalojo en un plazo de 24 horas si la UHA, el personal del hotel/motel o mi proveedor sospechan que se ha infringido alguna norma o reglamento.

Firma del miembro: _____ **Date:** _____

Firma del proveedor: _____ **Date:** _____

Examen de evaluación de riesgos para la salud

Información para miembros			
Nombre y apellidos		ID de miembro	DOB
Dirección postal		Número de teléfono	Dirección de correo electrónico
Características personales			
1. ¿Desea recibir nuestras comunicaciones por correo electrónico o mensaje de texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé			
2. ¿Qué altura tienes?			
3. ¿Cuánto pesas?			
4. ¿Necesita un intérprete para comunicarse con nosotros? ¿Necesita avisos en otro formato? <input type="checkbox"/> Sí (tipo necesario) _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé			
5. ¿Necesita un intérprete de lengua de signos para comunicarse con nosotros? <input type="checkbox"/> Sí (tipo necesario) _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé			
6. ¿Cuál es tu idioma hablado preferido? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____			
7. ¿Cuál es su idioma escrito preferido? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____			
8. ¿Cuál es tu género? (marque todas las que correspondan) <input type="checkbox"/> Mujer/Niña <input type="checkbox"/> Hombre/Niño <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Género/Sin género <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Cuestionamiento <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> No está en la lista. Por favor, especifique: _____ <input type="checkbox"/> No sé qué es lo que hace esta pregunta <input type="checkbox"/> No quiero responder			
9. ¿Cómo describe su orientación sexual o identidad sexual? (marque todas las que correspondan) <input type="checkbox"/> Amar a personas del mismo sexo <input type="checkbox"/> Amante de personas del mismo sexo <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> Gay <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Pansexual <input type="checkbox"/> Asexual <input type="checkbox"/> Queer <input type="checkbox"/> Heterosexual (atraído principalmente o solo por otros géneros o sexo) <input type="checkbox"/> Cuestionamiento <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> No está en la lista. Por favor, especifique: _____ <input type="checkbox"/> I don't know what this question is asking <input type="checkbox"/> No quiero responder			
10. ¿Cuál es su estado civil? <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Otra persona significativa/pareja de hecho <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Other: _____			
11. ¿Cuál de las siguientes opciones describe su identidad étnica? <input type="checkbox"/> Hispánico <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Rechazar responder			
12. ¿Cuál de las siguientes opciones describe su identidad racial? (ver página siguiente)			
<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indio americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Inuit canadienses, Metis, o Primera nación	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino/a <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Guamaniano o Chamorro <input type="checkbox"/> Micronesio <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái	<input type="checkbox"/> Hispano o latino/a <input type="checkbox"/> Hispano o latino/a Centroamericana <input type="checkbox"/> Hispano o latino/a Mexicano <input type="checkbox"/> Hispano o latino/a Sudamericana

<input type="checkbox"/> Nativo mexicano o Indio <input type="checkbox"/> Centroamericana o sudamericana	<input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Asia meridional <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otros asiáticos	<input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Tongano <input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico	<input type="checkbox"/> Otro hispano o Latino/a
<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Africano (negro) <input type="checkbox"/> Caribe (negro) <input type="checkbox"/> Otro negro	<input type="checkbox"/> Medio Oriente/Norte de África <input type="checkbox"/> Norteafricano <input type="checkbox"/> Medio Oriente	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Europa del Este <input type="checkbox"/> Eslavo <input type="checkbox"/> Europeo occidental <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Otras categorías Otros (por favor, enumere) _____ <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Rechazar responder

Familia y hogar

13. **¿Está embarazada actualmente?** Sí No **En caso afirmativo, ¿cuándo llegará?** Fecha de vencimiento: _____

14. **¿Le han dicho que su embarazo es de «alto riesgo»?** Sí No

15. **¿Ha sido dado de baja de las fuerzas armadas de los Estados Unidos?** Sí No No lo sé Rechazar responder

16. **¿Es usted o su familia cercana un veterano?** Sí No No lo sé Rechazar responder

17. **¿Es usted refugiado?** Sí No No lo sé Rechazar responder

18. **El año pasado, ¿usted o algún miembro de su familia con el que vive no pudieron obtener nada de lo siguiente cuando realmente lo necesitaban? Marque todas las que correspondan.** Comida Ropa Utilidades Teléfono Medicina Cuidado de niños Visión Alojamiento Atención médica Cuidado dental Atención de salud mental Otro: _____

19. **¿Necesita ayuda con alguna de estas actividades diarias?** Comiendo Vestirse
 Arreglo Bañarse Uso del baño Tomar u organizar los medicamentos
 Preparación de alimentos Caminando Caer con frecuencia

20. **¿Vive en uno de los siguientes lugares?** Residencia de ancianos Hogar de vivienda asistida Hogar de salud conductual Ninguna de estas

21. **¿Cuál es su situación de vivienda?** Tengo alojamiento No tengo alojamiento (quedarme con otras personas, hotel, refugio, vivir afuera, en un automóvil o en un parque)

22. **¿Le preocupa perder su vivienda?** Sí No

23. **¿Con cuántos miembros de la familia, incluido usted, vive actualmente? (escriba el número):** _____

24. **SOLO PARA JÓVENES: ¿El Departamento de Bienestar Infantil del DHS ha estado involucrado con su familia?** Sí No

Por favor, explique: _____

25. **SOLO PARA JÓVENES: ¿Cuál es el arreglo de vivienda actual de su hijo?** Padre (es)/tutor DHS Hogar de acogida Otros (por favor explique): _____

26. **SOLO PARA JÓVENES:** ¿Estuvo su hijo expuesto a drogas o alcohol durante el embarazo?

Sí No Rechazar responder

27. **SOLO PARA JÓVENES:** ¿Su hijo muestra signos de problemas sociales, emocionales o de comportamiento? Sí No Rechazar responder

28. **SOLO PARA JÓVENES:** ¿Le han diagnosticado a su hijo alguno de los siguientes trastornos de ansiedad, trastornos de conducta, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno psicótico o trastorno bipolar?

Sí No Rechazar responder

29. **SOLO PARA JÓVENES:** ¿Su hijo asiste actualmente a la escuela?

Sí No Rechazar responder

Dinero y recursos

30. ¿La falta de transporte le ha impedido asistir a las citas médicas, las reuniones, el trabajo o conseguir las cosas que necesita para la vida diaria? Marque todas las que correspondan.

Sí, me ha impedido acudir a las citas médicas o recibir mis medicamentos

Sí, me ha impedido atender necesidades no médicas, trabajar o tener citas

No

31. ¿Cuál es el nivel más alto de estudios que has terminado? Menos que en la escuela secundaria Diploma de bachillerato/GED Más que la escuela secundaria

32. ¿Cuál es su situación laboral actual?

Trabajo a tiempo parcial o temporal Trabajo a tiempo completo Desempleado

Desempleado pero no busca trabajo (estudiante, jubilado, discapacitado, cuidador no remunerado) Otros (por favor explique):

33. En algún momento de los últimos 2 años, ¿el trabajo agrícola estacional o para inmigrantes ha sido su principal fuente de ingresos o la de su familia? Sí No Rechazar responder

34. Durante el año pasado, ¿cuál fue el ingreso total combinado para usted y los miembros de su familia con los que vive? Esta información nos ayudará a determinar si usted es elegible para recibir algún beneficio. (escriba la cantidad): _____

35. ¿Cuál es su seguro médico principal? Ninguno/Sin seguro Medicaid (UHA/OHP) VA

Otros seguros públicos (CHIP) Seguro privado Medicare Ventaja de Medicare

Otros seguros públicos (no CHIP)

36. En el último año, ¿ha pasado más de 2 noches seguidas en una cárcel, prisión, centro de detención o centro correccional de menores? Sí No Rechazar responder

Social and Emotional Health

37. El estrés ocurre cuando alguien se siente tenso, nervioso, ansioso o no puede dormir por la noche porque tiene problemas mentales. ¿Qué tan estresado estás? En absoluto

Un poco Un poco Bastante Mucho

38. ¿Con qué frecuencia ve o habla con personas que le importan y con las que se siente cerca? (Por ejemplo: hablar con amigos por teléfono, visitar a amigos o familiares, ir a reuniones de la iglesia o del club) Menos de una vez a la semana 1 o 2 veces a la semana 3 a 5 veces por semana Más de 5 veces a la semana

39. ¿Se siente segura física y emocionalmente en el lugar donde vive actualmente? Sí No

No lo sé

40. En el último año, ¿le ha tenido miedo a su pareja o expareja? Sí No No lo sé

41. **¿Existen creencias o prácticas culturales, religiosas o espirituales que puedan influir en su atención?** Sí No **En caso afirmativo, explique:** _____

Médico y dental

42. **¿Quién es su proveedor de atención primaria?** _____ **¿Fecha de la última visita?** _____

43. **¿Quién es su proveedor de salud bucal/dentista?** _____ **¿Fecha de la última visita?** _____

44. **¿Tiene alguna de estas discapacidades?** Problemas de audición Sordo Ciego Otro: _____

45. **¿Ve a su proveedor dental cada 6 meses para recibir cuidados de rutina?** Sí No

46. **¿Tiene grandes necesidades de salud o problemas médicos?** No Sí (explique por favor): _____

47. **¿Consume productos derivados del tabaco (cigarrillos, tabaco para masticar, tabaco, pipas, puros, cigarrillos de vapor)?** Sí No

48. **¿Tiene algún problema de salud con el que necesite ayuda?** No Sí (explique por favor _____)

49. **¿Tiene alguno de los siguientes?** Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF) Hepatitis C Enfermedades del corazón Diabetes Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) Tuberculosis VIH/SIDA Otros (por favor explique): _____

Medicamentos

50. **¿Tiene problemas para tomar sus medicamentos diarios?** Sí No

51. **En caso afirmativo, ¿se debe a los efectos secundarios, el costo, la dificultad para entender las instrucciones o cuándo tomarlas?** Sí No

52. **¿Le gustaría recibir ayuda con sus dudas sobre los medicamentos?** Sí No

Salud conductual

53. **¿Tiene un trastorno por consumo de sustancias?** Sí No Rechazar responder

54. **En caso afirmativo, ¿qué usas?** Alcohol Metanfetaminas Cocaína Heroína Fentanilo Otro: _____

¿Cómo se usa? Ingerir (tragar) Humo Bufido Inyectar

55. **¿Está tomando algún tratamiento asistido por medicamentos (metadona, buprenorfina) para el trastorno por consumo de opiáceos?** Sí No Rechazar la respuesta

56. **¿Quieres ayuda con el consumo de drogas?** Sí No **En caso afirmativo, ¿le gustaría recibir ayuda con la terapia asistida con medicamentos para el consumo de opiáceos?** Sí No

57. **¿Tienes alguna enfermedad mental?** Sí No Rechazar la respuesta

58. **¿Tiene antecedentes familiares de trastornos del estado de ánimo, trastornos psicóticos o esquizofrenia?** Sí No Rechazar la respuesta

59. **¿Experimenta alguna vez algo de lo siguiente: escuchar, ver, saborear o creer cosas que otros no sienten, pensamientos o creencias inusuales y persistentes que no se pueden dejar de lado independientemente de lo que crean los demás, emociones fuertes e inapropiadas o ausencia de emociones en absoluto?** Sí No Rechazar la respuesta

60. **¿Tiene alguna discapacidad del desarrollo o alguna vez le han diagnosticado lo siguiente: autismo, lesión cerebral, parálisis cerebral, síndrome de Down, síndrome de alcoholismo fetal, espina bífida o discapacidad intelectual?**
 Sí No Rechazar la respuesta

61. **¿Desea ayuda para gestionar sus necesidades de salud mental?** Sí No

Get this information in any language or format for free. All interpretation services are free. Call 541-229-4842 (TTY 711).

Obtenga esta información de forma gratuita en cualquier idioma o formato. Todos los servicios de interpretación son gratuitos. Llame al 541-229-4842 (TTY 711).