

## Herramienta para evaluar la elegibilidad en el programa

### Cuidados Paliativos Basados en la Comunidad de NJ FamilyCare

Los cuidados paliativos son un apoyo adicional que se brinda a las personas que padecen enfermedades graves. Ayudan a manejar los síntomas, a reducir el estrés y funcionan a la par de otros tratamientos. Un Equipo de Atención Interdisciplinario (Interdisciplinary Care Team; IDT) escucha lo que es importante para el afiliado o afiliada y respalda sus decisiones para que él o ella pueda enfocarse en su calidad de vida.

El beneficio de Cuidados Paliativos Basados en la Comunidad (Community Based Palliative Care; CBPC) brinda apoyo basado en equipos a las personas con enfermedades graves y ayuda a los afiliados a manejar los síntomas y a navegar por el sistema de atención. Los CBPC no es atención de hospicio. Los afiliados no necesitan un diagnóstico terminal para recibir los servicios y pueden continuar recibiendo los tratamientos curativos o dirigidos a sus enfermedades mientras estén inscritos para obtener este beneficio.

### Orientación

Esta herramienta de evaluación apoya la identificación y remisión (referencia) de los afiliados que podrían beneficiarse de los Cuidados Paliativos Basados en la Comunidad. Completar este formulario no determina la elegibilidad y no reemplaza la Herramienta de Evaluación Médica Integral (Comprehensive Medical Assessment Tool; CMAT).

Los proveedores, administradores de la atención, afiliados, personas cuidadoras u otros socios comunitarios pueden completar este formulario usando la información disponible sobre enfermedades graves y los impactos en la calidad de vida. Si la evaluación indica que la persona podría ser elegible, envíe el formulario completado al plan de salud del afiliado o afiliada mediante el Portal de Proveedores de su Organización de Atención Administrada (MCO, por sus siglas en inglés) [para los afiliados en Pago por Servicio (Fee For Service; FFS), escanéelo y envíelo por correo electrónico a [MAHS.CBPC@dhs.nj.gov](mailto:MAHS.CBPC@dhs.nj.gov)] o a un proveedor de cuidados paliativos dentro de la red. Los proveedores también deben almacenar la evaluación en el expediente electrónico de salud del afiliado o afiliada.



## Orientación general

- Escriba a mano de forma legible o llene el formulario electrónicamente.
- Complete todos los campos, usando “N/C” (no corresponde) cuando corresponda.
- Adjunte toda nota clínica relevante o documentación de respaldo.
- Asegúrese de enviar el formulario a tiempo para evitar demoras en los cuidados.
- Si tiene preguntas sobre cómo completar el formulario, comuníquese con [MAHS.CBPC@dhs.nj.gov](mailto:MAHS.CBPC@dhs.nj.gov)

## Orientación sección por sección

### SECCIÓN A: INFORMACIÓN DE LA REMISIÓN (REFERENCIA)

- Proporcione información sobre la persona que completa el formulario y cualquier proveedor de cuidados paliativos recomendado, si se conoce.

### SECCIÓN B: DATOS DEMOGRÁFICOS DEL AFILIADO O AFILIADA

- Introduzca la información demográfica, de contacto, del idioma y de consentimiento del afiliado o afiliada.

### SECCIÓN C: INFORMACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

- Proporcione el nombre y la información de contacto del proveedor de atención primaria del afiliado o afiliada para apoyar la coordinación de los cuidados.

### SECCIÓN D: FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE ELEGIBILIDAD

- Indique si el afiliado o afiliada padece una enfermedad grave, si ésta afecta su calidad de vida y describa brevemente la necesidad principal que motiva esta evaluación.

### SECCIÓN E: ENVÍO DEL FORMULARIO COMPLETADO

- Envíe la evaluación completada al plan de salud del afiliado o afiliada mediante el portal de proveedores de su Organización de Atención Administrada (MCO, por sus siglas en inglés) (para los afiliados en Pago por Servicio, escanéelo y envíelo por correo electrónico a [MAHS.CBPC@dhs.nj.gov](mailto:MAHS.CBPC@dhs.nj.gov)) o a un proveedor de cuidados paliativos dentro de la red para respaldar la remisión (referencia) a una Evaluación Médica Integral inicial y la posible incorporación al beneficio de los CBPC. Los proveedores también deben guardar la evaluación en el expediente electrónico de salud del afiliado o afiliada.

SECCIÓN A: INFORMACIÓN DE LA REMISIÓN (REFERENCIA)					
Fecha de la remisión:		Fecha prevista de alta: (si corresponde)			
Cargo de quien remite: <input type="checkbox"/> Administrador de la Atención <input type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/> Auto-remisión <input type="checkbox"/> Otro: _____					
Nombre de quien remite:					
Correo electrónico de quien remite:		Número telefónico de quien remite:			
Proveedor(es) de cuidados paliativos recomendado(s): (si corresponde)					
SECCIÓN B: DATOS DEMOGRÁFICOS DEL AFILIADO O AFILIADA					
Nombre del (la) afiliado(a): (apellido, primer nombre, inicial segundo nombre)		Núm. de identificación de Medicaid:			
Plan de salud:	<input type="checkbox"/> Aetna Better Health of New Jersey <input type="checkbox"/> Fidelis Care <input type="checkbox"/> Pago por servicio (Fee-For-Service; FFS) <input type="checkbox"/> Horizon NJ Health <input type="checkbox"/> UnitedHealthcare (UHC) <input type="checkbox"/> Wellpoint		Sexo: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Otro	Edad:	
			Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa)		
Dirección:					
número y calle		ciudad	condado	estado	código postal
Teléfono de casa:		Teléfono móvil:			
Idioma preferido:					
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Chino-Mandarín <input type="checkbox"/> Chino-Cantonés <input type="checkbox"/> Portugués <input type="checkbox"/> Tagalog <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Otro: _____					
Consentimiento del (la) afiliado(a) (si corresponde; si se designa un apoderado, agregue la información abajo): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Apoderado para la atención de la salud (Power of Attorney; POA)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>Información de contacto de la persona cuidadora/del contacto alternativo</b> Si no hay Persona cuidadora, introduzca 'Ninguna'; si el Apoderado para la atención de la salud es Sí, introduzca la información de la persona responsable de tomar las decisiones médicas.					
Nombre:		Relación:			
Correo electrónico:		Número del teléfono móvil:			
SECCIÓN C: INFORMACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA					
Nombre:					
Dirección:					
número y calle		ciudad	estado	código postal	
Número telefónico del consultorio:		Número de fax:			

SECCIÓN D: FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE LA ELEGIBILIDAD																									
<b>Sección 1</b>																									
¿Tiene el afiliado o afiliada alguna enfermedad grave? (seleccione todas las opciones que correspondan)	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">Adultos:</td> <td><input type="checkbox"/> Alzheimer u otras demencias</td> <td><input type="checkbox"/> Cáncer (Etapa III o IV)</td> <td><input type="checkbox"/> EPOC</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva</td> <td><input type="checkbox"/> Cirrosis o enfermedad hepática</td> <td><input type="checkbox"/> Diabetes</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> ESRD o enfermedad renal crónica</td> <td><input type="checkbox"/> Derrame cerebral</td> <td><input type="checkbox"/> SIDA</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Afección neural degenerativa (p. ej., Parkinson, trastornos neurodegenerativos graves)</td> <td><input type="checkbox"/> Otra</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> <b>No – el afiliado o afiliada no padece ninguna enfermedad grave.</b></td> </tr> </table>	Adultos:	<input type="checkbox"/> Alzheimer u otras demencias	<input type="checkbox"/> Cáncer (Etapa III o IV)	<input type="checkbox"/> EPOC		<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva	<input type="checkbox"/> Cirrosis o enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Diabetes		<input type="checkbox"/> ESRD o enfermedad renal crónica	<input type="checkbox"/> Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> SIDA		<input type="checkbox"/> Afección neural degenerativa (p. ej., Parkinson, trastornos neurodegenerativos graves)	<input type="checkbox"/> Otra			<input type="checkbox"/> <b>No – el afiliado o afiliada no padece ninguna enfermedad grave.</b>						
Adultos:	<input type="checkbox"/> Alzheimer u otras demencias	<input type="checkbox"/> Cáncer (Etapa III o IV)	<input type="checkbox"/> EPOC																						
	<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva	<input type="checkbox"/> Cirrosis o enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Diabetes																						
	<input type="checkbox"/> ESRD o enfermedad renal crónica	<input type="checkbox"/> Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> SIDA																						
	<input type="checkbox"/> Afección neural degenerativa (p. ej., Parkinson, trastornos neurodegenerativos graves)	<input type="checkbox"/> Otra																							
	<input type="checkbox"/> <b>No – el afiliado o afiliada no padece ninguna enfermedad grave.</b>																								
	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">Menores de edad:</td> <td><input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar</td> <td><input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca</td> <td><input type="checkbox"/> Neonatal</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Enfermedad hepática terminal</td> <td><input type="checkbox"/> Trastornos genéticos</td> <td><input type="checkbox"/> Enfermedad renal</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Enfermedad metabólica/inclusiva</td> <td><input type="checkbox"/> Enfermedad infecciosa</td> <td><input type="checkbox"/> Cáncer</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Trastornos ortopédicos</td> <td><input type="checkbox"/> Enfermedades o afecciones gastrointestinales</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Trastorno neurológico</td> <td><input type="checkbox"/> Otra</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> <b>No – el afiliado o afiliada no padece ninguna enfermedad grave.</b></td> </tr> </table>	Menores de edad:	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Neonatal		<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática terminal	<input type="checkbox"/> Trastornos genéticos	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal		<input type="checkbox"/> Enfermedad metabólica/inclusiva	<input type="checkbox"/> Enfermedad infecciosa	<input type="checkbox"/> Cáncer		<input type="checkbox"/> Trastornos ortopédicos	<input type="checkbox"/> Enfermedades o afecciones gastrointestinales			<input type="checkbox"/> Trastorno neurológico	<input type="checkbox"/> Otra			<input type="checkbox"/> <b>No – el afiliado o afiliada no padece ninguna enfermedad grave.</b>		
Menores de edad:	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Neonatal																						
	<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática terminal	<input type="checkbox"/> Trastornos genéticos	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal																						
	<input type="checkbox"/> Enfermedad metabólica/inclusiva	<input type="checkbox"/> Enfermedad infecciosa	<input type="checkbox"/> Cáncer																						
	<input type="checkbox"/> Trastornos ortopédicos	<input type="checkbox"/> Enfermedades o afecciones gastrointestinales																							
	<input type="checkbox"/> Trastorno neurológico	<input type="checkbox"/> Otra																							
	<input type="checkbox"/> <b>No – el afiliado o afiliada no padece ninguna enfermedad grave.</b>																								
Otra enfermedad grave no incluida arriba y su descripción:																									
Código ICD-10: (si se conoce/si corresponde)	Descripción del código ICD-10: (si se conoce/si corresponde)																								
<b>Sección 2</b>																									
¿La enfermedad grave está afectando la calidad de vida del afiliado o afiliada? (seleccione todas las limitaciones)	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dificultad para realizar actividades diarias sin ayuda (p. ej., bañarse, vestirse, ir al baño, desplazarse, comer)</td> <td><input type="checkbox"/> Hospitalizaciones</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Visitas a la sala de emergencias</td> <td><input type="checkbox"/> Otra (por favor, describa):</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> <b>No – sin limitaciones.</b></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Dificultad para realizar actividades diarias sin ayuda (p. ej., bañarse, vestirse, ir al baño, desplazarse, comer)	<input type="checkbox"/> Hospitalizaciones	<input type="checkbox"/> Visitas a la sala de emergencias	<input type="checkbox"/> Otra (por favor, describa):	<input type="checkbox"/> <b>No – sin limitaciones.</b>																			
<input type="checkbox"/> Dificultad para realizar actividades diarias sin ayuda (p. ej., bañarse, vestirse, ir al baño, desplazarse, comer)	<input type="checkbox"/> Hospitalizaciones																								
<input type="checkbox"/> Visitas a la sala de emergencias	<input type="checkbox"/> Otra (por favor, describa):																								
<input type="checkbox"/> <b>No – sin limitaciones.</b>																									
<b>Sección 3</b>																									
Especifique la mayor necesidad del afiliado o afiliada y/o persona cuidadora que motivó que se hiciera esta evaluación y proporcione un breve resumen de esta solicitud:																									
<b>SECCIÓN E: ENVÍO DEL FORMULARIO COMPLETADO</b>																									
<p>Si el afiliado o afiliada responde algo distinto a ‘No’ en la <b>Sección 1</b> Y en la <b>Sección 2</b> de la <b>Sección D</b>, podría calificar para recibir Cuidados Paliativos Basados en la Comunidad. <b>Envíe este formulario de evaluación al proveedor de atención de la salud del afiliado o afiliada o al plan de salud mediante el Portal de proveedores de su Organización de Atención Administrada (MCO, por sus siglas en inglés) (para afiliados en Pago por Servicio, escanéelo y envíelo por correo electrónico a <a href="mailto:MAHS.CBPC@dhs.nj.gov">MAHS.CBPC@dhs.nj.gov</a>) para ayudar al afiliado o afiliada a acceder a este beneficio.</b> Los proveedores también deben guardar la evaluación en el expediente electrónico de la salud del afiliado o afiliada. Se debe realizar una Evaluación Médica Integral para confirmar la elegibilidad del afiliado o afiliada.</p>																									