Gracias por su interés en el programa Wraparound/WISe del Condado de King. Por favor tómese un momento para leer la siguiente información.

Le recomendamos proporcionar toda la información que tenga en este momento, para ayudarnos a procesar su derivación de manera oportuna.

Si tiene alguna pregunta, visite www.[kingcounty.gov/wraparoundwise](https://kingcounty.gov/wraparoundwise) o llame al 206-263-9000

**WISe/Wraparound** es un proceso de planeación en equipo para jóvenes con necesidades complejas y sus familias, diseñado para ayudar a producir mejores resultados para los jóvenes, de modo que puedan vivir en sus hogares y comunidades y hacer realidad sus sueños y esperanzas.

* Se formará un equipo de personas relevantes para el bienestar de un joven (familiares, proveedores de servicios, personal escolar, miembros de la comunidad y apoyos naturales);
* Este equipo trabajará en conjunto para desarrollar e implementar un plan individualizado de atención, monitorear la eficacia del plan, y trabajar para alcanzar el éxito con el tiempo.

**Elegibilidad:** Niños y jóvenes hasta los 21 años de edad, que vivan en el Condado de King, que otorguen su consentimiento, junto con el de sus cuidadores y tutores, para participar, y que

**1) Wraparound with Intensive Services (WISe)**

· sean elegibles para Medicaid;

· tengan un diagnóstico de salud mental; y

· tengan conductas inquietantes en su hogar, en la escuela y en la comunidad que cumplan con los criterios clínicos del programa.

**2) Local Wraparound**

· no tengan Medicaid o no sean elegibles para tenerlo;

· tengan conductas inquietantes en su hogar, en la escuela y en la comunidad que cumplan con los criterios clínicos del programa; y

· estén inscritos por lo menos en 2 de los servicios siguientes: terapia de salud mental, terapia por consumo de sustancias, educación especial, Administración de Niños, Justicia de Menores o Administración de Discapacidades del Desarrollo.

**3) Elegibilidad adicional**

* Jóvenes de hasta 17.5 años de edad que puedan necesitar ser internados en un entorno de salud mental más restrictivo, como el Programa de Hospitalización a Largo Plazo para Niños (CLIP, por sus siglas en inglés).

**Qué esperar durante el proceso de derivación:**

* El personal de Wraparound/WISe se comunicará con el originador de la derivación y/o con el joven y su familia para obtener más información para determinar la elegibilidad, con base en la herramienta de detección Necesidades y Fortalezas del Niño y el Adolescente (CANS, por sus siglas en inglés).

**Lista de verificación para la derivación:**

[ ]  Se ha llenado toda la información de contacto, incluyendo nombre, número telefónico y dirección, del joven, el padre/madre/tutor y los socios colaborativos

[ ] La autorización para divulgar información se repasó con el joven y su padre/madre/tutor y fue llenada y firmada por el joven si tiene 13 años de edad o más, y/o por el padre/madre/tutor si el joven tiene menos de 13 años de edad.

|  |
| --- |
| Para solicitar una derivación a WISe/Wraparound del Condado de King, puede comunicarse con la División de Salud del Comportamiento y Recuperación del Condado de King o con la agencia que atiende al distrito escolar donde vive el joven o niño. Puede ver la información de contacto a continuación.  |
| División de Salud del Comportamiento y Recuperación del Condado de King | Para solicitar un formulario de estudio o derivación:Número de teléfono: 206-263-8957 o 206-263-9006Correo electrónico: wraparound@kingcounty.gov  | Los formularios de derivación pueden enviarse a:fax: 206-205-1634 correo: 401 Fifth Ave Suite 400 Seattle, WA 98104 |
| **O** |
| **Distritos escolares** | **Agencia** | **Información de contacto** |
| Lake Washington, Northshore, y Shoreline | Center for Human Services | Número de teléfono: (206) 631-8887Fax: (206) 362-7152 |
| Bellevue, Lake Washington, y Northshore | Sound – Bellevue Office | Número de teléfono: (425) 653-4914Fax: (425) 653-4910 |
| Seattle y Mercer Island | Community Psychiatric Clinic | Número de teléfono: (206) 250-0851Fax: (206) 547-5265 |
| Issaquah, Riverview, Skykomish, Snoqualmie, y Tahoma | Friends of Youth | Número de teléfono: (425) 292-0743Fax: (425) 292-0842 |
| Highline, Renton, Tukwila, y Vashon Island  | Sound – Tukwila Office | Número de teléfono: (206) 451-9544Fax: (206) 444-3610 |
| Auburn, Enumclaw, Federal Way, y Kent  | Valley Cities | *Desde el 1 de marzo de 2019* Número de teléfono: (206) 408-5246Fax: (253) 856-1025 |

|  |
| --- |
| **Información del originador de la derivación** |
| **Persona que deriva** |  | **Teléfono** |  | **Nombre de la agencia** |  |
| **Relación con el niño o joven** |  | **Correo electrónico** |   | **Dirección** |  |

|  |
| --- |
| **Información del cliente** |
| **Nombre del niño o joven** |   | **Fecha de nacimiento** |  | **Edad** |  | **Pronombre de género** |   |
| **Origen étnico**  |  | **Idioma principal** |  | **Necesita un intérprete** | [ ] **Sí** [ ]  **No** |
| **Teléfono 1** | Marque uno [ ] Casa [ ] Trabajo [ ] Celular | **Teléfono 2** | Marque uno [ ] Casa [ ] Trabajo [ ] Celular |
| **Vive con** |  | **Relación** |  |
| **Dirección** | **Calle y número:** **Ciudad: Código postal:**  |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **¿El joven es elegible para Medicaid? (marque uno)** | [ ]  **SÍ** [ ]  **NO**  | **Proveedor uno #:**  |

 |
| **Información sobre el padre/madre/tutor** |
| **Nombre** |  | **Relación** |  |
| **Idioma principal** |  | **Necesita un intérprete** | [ ] **Sí** [ ]  **No** |
| **Teléfono 1** | Marque uno [ ] Casa [ ] Trabajo [ ] Celular | **Teléfono 2** | Marque uno [ ] Casa [ ] Trabajo [ ] Celular |
| **Dirección** | **Calle y número:** **Ciudad: Estado: Código postal:**  |
| **Correo electrónico** |  | Otorgo mi permiso para que se comuniquen conmigo por correo electrónico [ ] Sí [ ] No |

|  |
| --- |
| **Miembros del hogar*****(Hermanos, hijos de acogida, familiares, personas sin parentesco)*** |
| **Nombre** | **Edad** | **Relación** | **Nombre** | **Edad** | **Relación** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Información educativa *Escuela actual o más reciente*** |
| **Nombre de la escuela** |  | **Distrito escolar** |  |
| **Plan IEP o 504 (marque uno)** | ☐ SÍ ☐ NO Si contestó que sí, cuál:  | **El joven actualmente está (encierre uno)**  | [ ]  **Inscrito** [ ] **Suspendido**[ ]  **Expulsado** |

|  |
| --- |
| **Socios colaborativos** |
| **Socios colaborativos** | **Persona de contacto** | **Agencia** | **Número de teléfono** |
| **\*Salud mental** |  |  |  |
| **\*Consumo de sustancias** |  |  |  |
| **\*Educación especial** |  |  |  |
| **\*DCYF** |  |  |  |
| **\*Justicia para menores** |  |  |  |
| **\*DDA** |  |  |  |
| Apoyos naturales |  |  |  |
| Otro |  |  |  |

\*Estos sistemas cuentan para el requisito de dos sistemas para MIDD Wraparound; los acrónimos se definen en la página 5

|  |
| --- |
| **Fortalezas de la familia****Describa las fortalezas del niño/joven y su familia*****(por ejemplo: tradiciones, actividades que les gusta hacer juntos, talentos específicos, habilidades del niño/joven y sus familiares)*** |
|   |
| **Motivo de la solicitud actual*****Incluya los síntomas y conductas del niño/joven que le preocupan*** | **Factores de riesgo potencial*****Marque todas las que correspondan hasta donde tenga información*** |
|   | En los últimos 30 días, el niño/joven ha:[ ] Pensado en el suicidio[ ] Hecho un intento de suicidio[ ] Cometido conductas autodestructivas[ ] Hecho amenazas o cometido agresiones físicas  hacia otros[ ] Huido de casa, y en ese caso, ¿cuánto tiempo?\_\_\_\_\_\_ |
| **Para uso oficial de WISe/Wraparound:** **Fecha de recepción de la derivación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Determinación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de la determinación:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Programa solicitado:**[ ]  **WISe**[ ]  **MIDD Wraparound** [ ] **180 MRO ITA en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para CLIP****Fecha de inscripción en WDT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ O WSS del Condado de King envió la derivación a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (fecha)****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*****Si corresponde******Fecha de recepción de la nueva solicitud \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Determinación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de la determinación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_******Programa solicitado:***[ ]  ***WISe*** [ ]  ***MIDD Wraparound*** [ ] ***180 MRO ITA en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para CLIP*** |

**\*Recuerde llenar la autorización para divulgar y redivulgar información médica protegida en la página siguiente, página 7, y envíe una copia firmada de la página 7 junto con esta derivación.**

DCYF: Departamento de Niños, Jóvenes y Familias

DDA: Administración de Discapacidades del Desarrollo

**Autorización para divulgar y redivulgar información médica protegida**

Nombre del niño o joven: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_

El programa Wraparound de la División de Salud del Comportamiento y Recuperación del Condado de King representa un esfuerzo para implementar la colaboración de distintos sistemas a favor de niños y jóvenes en situación de riesgo dentro de los límites del Condado de King, mediante los esfuerzos continuos de sus familias, sus apoyos, las agencias locales de servicio a menores y los distritos escolares.

**Autorizo a los siguientes organismos a divulgar y redivulgar mi información médica protegida entre ellos cuando sea necesario:**

[x]  WISe/Wraparound de la División de Salud del Comportamiento y Recuperación del Condado de King

[x]  Red de Proveedores de Salud del Comportamiento del Condado de King (una lista de proveedores está disponible si se solicita)

[ ]  Tribunales para menores del Condado de King

[ ]  Administración de Discapacidades del Desarrollo del Estado de Washington y del Condado de King

[ ]  Departamento de Servicios para Niños y Familias

[ ]  Distrito escolar de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (escriba el distrito escolar del niño o joven)

[ ]  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Terapeuta de salud mental, psiquiatra o psicólogo privado

[ ]  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Padres o cuidadores del niño o joven arriba mencionado

[ ]  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tutores del niño o joven arriba mencionado

**El objetivo de este intercambio de información autorizado es:**

* Determinar la elegibilidad para el programa WISe/Wraparound de la División de Salud del Comportamiento y Recuperación del Condado de King.
* Coordinar un proceso de planeación para formar un equipo para el niño/joven y la familia y elaborar un plan de atención individualizado.
* Evaluar el programa y la prestación de servicios integrales de alta fidelidad.

**La información que se divulgará y redivulgará incluye: Marque todas las casillas que correspondan.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ] Nombre y fecha de nacimiento | [ ] Tratamientos actuales y pasados de salud mental, incluyendo fechas y diagnósticos | [ ] Justicia para menores, incluyendo cargos, audiencias ante el tribunal y requisitos de libertad condicional, joven en situación de riesgo o ausentismo escolar. |
| [ ] Dirección y número telefónico | [ ] Tratamientos médicos actuales y pasados, incluyendo fechas y diagnósticos | [ ] Colocaciones fuera del hogar actuales y pasadas y la planificación de servicios correspondiente de la Administración de Niños |
| [ ] Ubicación de la escuela, evaluaciones de educación especial y planes de educación especial | [ ] Tratamientos actuales y pasados para consumo de sustancias, incluyendo fechas y diagnósticos | [ ] Evaluaciones y planes de servicios actuales y pasados de la Administración de Discapacidades del Desarrollo |

**Al firmar este formulario, entiendo que:**

* Cuando se me pida llenar esta autorización, tengo derecho a una copia.
* La información divulgada y redivulgada puede incluir información actual y pasada sobre mi: Salud mental, consumo de drogas y alcohol, y/o situación de VIH, y autorizo su divulgación y redivulgación para los fines de esta autorización.
* La información utilizada o divulgada en los términos de esta autorización puede ser redivulgada por su receptor y ya no estar protegida por esta regla, salvo por los registros relacionados con el abuso de las drogas y el alcohol, que están protegidos por leyes federales que prohíben al receptor volver a divulgar dicha información salvo cuando dicha divulgación adicional esté permitida explícitamente por mi consentimiento o por otra disposición de 42 CFR parte 2\*.
* Si no firmo esta autorización no se afectará mi capacidad para obtener servicios de salud de los proveedores de salud individuales antes mencionados, pero mi autorización es necesaria para que el programa Wraparound de la División de Salud del Comportamiento y Recuperación del Condado de King coordine mi atención y mis servicios.
* **Tengo derecho a revocar (cancelar) esta autorización en cualquier momento. Debo hacerlo por escrito y enviar la revocación al especialista en Wraparound de la División de Salud del Comportamiento y Recuperación del Condado de King o al proveedor de salud del comportamiento, si recibo apoyo integral de él. La revocación no tendrá efecto sobre las acciones ya realizadas con fundamento en la autorización original.**
* **Sin mi revocación explícita, esta autorización expirará 90 días después de que salga del programa.**

Firma del joven (13 años o más): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_