

Derivación al Programa de visitas domiciliarias para el tratamiento del asma de Staten Island Performing Provider System (SI PPS)

Para ser completado por el padre o la madre/el cuidador:

Nombre del niño:	Fecha de nacimiento: _____ Identidad de género: _____
Nombre del padre/de la madre:	Teléfono: [] Hogar [] Celular
	Correo electrónico: _____
Dirección del hogar:	Nombre de la escuela del niño (opcional): _____
Ciudad: _____ Código postal: _____	
Estado del seguro del niño: [] N.º de identif. de cliente (CIN) de Medicaid: _____ [] No asegurado	
Nombre del médico/proveedor de atención primaria (PCP): _____	

_____ (iniciales)	Autorizo al Programa de tratamiento contra el asma de Staten Island a dejar un mensaje al contactarme
_____ (iniciales)	Autorizo a que se contacte al proveedor de atención primaria de mi hijo para obtener información sobre el estado del asma de mi hijo.
_____ (iniciales)	Autorizo a que Staten Island Performing Provider System se contacte conmigo para darme consejos de salud por mensajes de texto.
_____ (iniciales)	Autorizo a que Staten Island Performing Provider System comparta información sobre la evaluación doméstica de mi hijo con mi proveedor de atención primaria, enfermero escolar u otras partes relacionadas.
_____ (iniciales)	Autorizo a que SI CARES me contacte para brindarme asesoramiento sobre la salud y otros servicios.
Firma del padre o de la madre/del cuidador: _____	

Para ser completado por el socio que realiza la derivación:

Socio que realiza la derivación: [] Proveedor de atención primaria [] Escuela [] Organización del socio Nombre: _____

Motivo de la derivación: Nivel de gravedad del asma: Grave Moderada Leve

Criterios de la derivación (marque todas las opciones que correspondan):

- asma persistente con control deficiente
- hospitalización por exacerbación del asma en los últimos 12 meses
- una sola visita al Departamento de Emergencias o visitas de urgencia repetidas por problemas de asma en los últimos 12 meses
- uso excesivo de medicamentos de rescate en los últimos 6 meses
- receta de esteroides orales en los últimos 12 meses
- preocupaciones por desencadenantes ambientales domésticos en combinación con control deficiente:
 - el padre o la madre / el tutor fuman
 - el paciente fuma
 - otra exposición pasiva al tabaco
 - cucarachas
 - ratones
 - caspa animal
 - productos químicos (productos químicos de limpieza, pesticidas)
 - moho
 - ácaros del polvo
 - otro: _____

Criterios adicionales de la derivación (marque todas las opciones que correspondan):

- preocupaciones por el cumplimiento de la administración de los medicamentos
- necesita ayuda con la técnica de administración de los medicamentos

Otra información pertinente

Prueba de alergia realizada Sí ___ No ___

Resultados positivos de la prueba de alergia (solo si se realizó una prueba de alergia):

- polen
- caspa animal
- ratones
- cucarachas
- ácaros del polvo
- moho
- otro: _____

Envío una copia del Plan de acción contra el asma (AAP) junto con esta derivación.

Firma del proveedor que realiza la derivación: _____

Escanear y enviar por correo electrónico o fax a: chwreferralsi@maketheroadny.org Teléfono: 917-830-1179



Referral for SI PPS Asthma Home Visit Program

To be filled out by Parent/Caregiver:

Child's Name:	Date of Birth: _____ Gender Identity: _____
Parent's Name:	Phone: <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Cell
Home Address:	Email: _____
City: _____ Zip code: _____	Name of Child's School (optional): _____
Child's insurance status: <input type="checkbox"/> Medicaid CIN:	<input type="checkbox"/> Uninsured
Physician/ PCP's Name: _____	

_____ I give permission to the Staten Island Asthma Program to leave a message when contacting me (initial)
_____ I give permission for my child's primary care provider to be contacted about my child's asthma (initial)
_____ I give permission for Staten Island Performing Provider System to contact me with health text tips (initial)
_____ I give permission to the Staten Island Asthma Program to share my child's home assessment (initial) information with my primary care provider, school nurse or related parties.
_____ I give permission for SI CARES to contact me for health coach and other services (initial)
Parent/Caregiver Signature: _____

To be filled out by referring partner:

Referring Partner: Primary Care Provider School Partner Organization Name: _____

Reason for referral: Level of Asthma Severity: Severe Moderate Mild

Criteria for Referral (check all that apply):

- ___ Poorly-controlled persistent asthma
- ___ Hospital admission for asthma exacerbation in the last 12 months
- ___ Single ER or repeat urgent care visit for asthma in last 12 months
- ___ Overuse of rescue medications in last 6 months
- ___ Prescription for oral steroids in last 12 months
- ___ Concerns about home environmental triggers in combination with poor control:
 - Parent/Guardian Smokes
 - Patient smokes
 - Other Secondhand Smoke Exposure
 - Roaches
 - Mice
 - Animal Dander
 - Chemicals (cleaning chemicals, pesticides)
 - Molds
 - Dust Mites
 - Other: _____

Additional Reasons for Referral (check all that apply):

- ___ Concerns about medication adherence
- ___ Needs help with medication administration technique

Other pertinent information

Allergy testing conducted: Yes ___ No ___

Positive allergy testing results (only if allergy testing was conducted):

- ___ Pollen
- ___ Animal Dander
- ___ Mice
- ___ Roaches
- ___ Dust mites
- ___ Molds
- ___ Other: _____

I am sending a copy of the Asthma Action Plan (AAP) along with this referral.

Signature of referring provider: _____

Please scan and email or fax to: chwreferralsi@maketheroadny.org 917-830-1179