NEBRASKA
Good Life. Great Mission.
DEPT. OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska
Heritage Health Adult

Formulario de Atestación Médicamente Frágil

Propósito:
Nebraska DHHS Medicaid and Long-Term Care (MLTC) (Cuidado a Largo Plazo) utiliza este formulario de Atestación para determinar si el miembro de la Expansión de Medicaid para Heritage Health Adult (HHA) está Médicamente Frágil. El envío de este formulario o una determinación Médicamente Frágil no afecta la elegibilidad subyacente de Medicaid. Los miembros que el DHHS determine que son médicamente frágiles se inscribirán en el nivel de beneficios de HHA Prime. Las determinaciones médicamente frágiles son efectivas durante 12 o 36 meses antes de que se requiera una re-determinación.

ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO Y FIRMADO POR UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA.
No se aceptarán formularios firmados por el miembro.

Instrucciones para Proveedores:
Si usted es un proveedor con capacidades de diagnóstico dentro de su alcance de práctica y tiene un paciente que cree que cumple con los criterios médicamente frágiles como se define en las categorías a continuación, complete este formulario y marque la casilla de certificación. No se aceptarán formularios incompletos.

Subir este formulario a: https://dhhs.ne.gov/pages/accessnebraska.aspx.
Para obtener instrucciones sobre cómo cargar formularios, consulte el siguiente documento
https://dhhs.ne.gov/Documents/Med%20Frail%20ACCESSNebraska.pdf.

Si no puede utilizar el sitio web de ACCESSNebraska, envíe este formulario por correo o correo electrónico a:
Nebraska DHHS
ATTN: Heritage Health Adult Medically Frail Determinations
PO Box 95026
Lincoln, NE 68509
E-Mail: dhhs.AndiCenter@nebraska.gov

Información del Paciente (MANDATORIO)

Fecha en que se Completó la Evaluación:	ID de Medicaid: (si sabe)
Nombre del Paciente (Primer, Inicial, Apellido):	
Dirección:	
Ciudad, Estado, Código Postal:	Fecha de Nacimiento:

ADJUNTE DOCUMENTACIÓN MÉDICA PARA RESPALDAR ESTA ATESTACIÓN MÉDICA FRAGIL. La documentación debe ser de los últimos 12 meses.

1. (a) Condiciones Médicas Graves y Complejas

Condiciones médicas que afectan significativamente la capacidad del individuo para funcionar de manera independiente de una manera apropiada y eficaz en las áreas funcionales de (1) Vocacional/Educativo, (2) Habilidades sociales, o (3) Actividades de la vida diaria.

MÉDICAMENTE FRÁGIL:	**Si ☐ No ☐**
Diagnostico	**Codigo ICD-10**
1.	
2.	
3.	
4.	
Por favor describa la severidad de su enfermedad	

Actividades de la vida diaria: Marque a continuación si necesita ayuda para completar la tarea de manera segura y el ayudante **DEBE** estar físicamente presente durante toda la tarea **en cada** ocasión.

Vestirse	Bañarse	Continencia	Ir al Baño	Para Comer	Movilidad en Casa	Transferir	No Necesita Asistencia de ADL
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

1. (b) Otras Afecciones Médicas Graves y Complejas

Condición Médica del Paciente	Si / No	Diagnóstico para Hospicio o Atención a Largo Plazo/Centro Residencial	Código ICD-10
El paciente está en Hospicio	☐ ☐		
El paciente cumple con los criterios del hospicio; sin embargo, elige no estar en un hospicio.	☐ ☐		
El paciente está con atención a largo plazo o centro residencial	☐ ☐		

2. Trastorno Mental Discapacitante

MÉDICAMENTE FRÁGIL:	**Si ☐ No ☐**
Diagnostico	**Codigo ICD-10**
1.	
2.	
3.	
Por favor describa la severidad de su enfermedad	

3. Trastorno Crónico por Consumo de Sustancias

MÉDICAMENTE FRÁGIL:	Si ☐ No ☐
Diagnostico	**Codigo ICD-10**
1.	
2.	
3.	
Por favor describa la severidad de su enfermedad	

4. Discapacidad Física que Requiere Asistencia de ADL (se debe completar la sección de ADL)

MÉDICAMENTE FRÁGIL:	Si ☐ No ☐
Diagnostico	**Codigo ICD-10**
1.	
2.	
3.	
Por favor describa la severidad de su enfermedad	

Actividades de la vida diaria: Marque a continuación si necesita ayuda para completar la tarea de manera segura y el ayudante **DEBE** estar físicamente presente durante toda la tarea **en cada** ocasión.

Vestirse	Bañarse	Continencia	Ir al Baño	Para Comer	Movilidad en Casa	Transferir	No Necesita Asistencia de ADL
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

5. Discapacidad intelectual o del desarrollo que requiere asistencia para las ADL (se debe completar la Sección ADL) El paciente tiene una discapacidad intelectual o del desarrollo según se define en el Título 404 NAC 2.

MÉDICAMENTE FRÁGIL:	Si ☐ No ☐
Diagnostico	**Codigo ICD-10**
1.	
2.	
3.	
Por favor describa la severidad de su enfermedad	

Actividades de la vida diaria: Marque a continuación si necesita ayuda para completar la tarea de manera segura y el ayudante **DEBE** estar físicamente presente durante toda la tarea **en cada** ocasión.							
Vestirse	**Bañarse**	**Continencia**	**Ir al Baño**	**Para Comer**	**Movilidad en Casa**	**Transferir**	**No Necesita Asistencia de ADL**
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

6. DETERMINACIÓN DEL SEGURO SOCIAL El beneficiario tiene una designación de discapacidad actual basada en los criterios de la Administración del Seguro Social.

MÉDICAMENTE FRÁGIL:	**Si ☐ No ☐**
Diagnostico	**Codigo ICD-10**
1.	
2.	
3.	
4.	

7. Crónicamente sin Vivienda

El miembro reúne UNO de los siguientes criterios:	**Si / No**
1. Ha estado continuamente sin vivienda durante un año o más (HUD define la “falta de hogar” como “una persona que duerme en un lugar no destinado para habitación humana; por ejemplo, que vive en la calle, o vive en un refugio de emergencia para personas sin hogar”).	☐ ☐
2. Ha tenido cuatro (4) episodios de falta de vivienda en los últimos tres (3) años que suman un total de 12 meses.	☐ ☐

Atestación del Proveedor (OBLIGATORIO)

Nombre del Proveedor (Primer, Inicial, Apellido):	
Especialidad del Proveedor:	
NPI del Proveedor (Número de Identificación del Proveedor Nacional):	
Teléfono de la Clínica:	**Email** de la Clínica:
CERTIFICACION ☐ Yo certifico que al firmar este documento y marcar esta casilla soy un proveedor con capacidades de diagnóstico dentro de mi alcance de práctica, y entiendo que cualquier declaración falsa, omisión o tergiversación puede resultar en un proceso judicial bajo las leyes estatales y federales. Estoy de acuerdo en enviar, si lo solicita Nebraska DHHS MLTC, cualquier información adicional que respalde esta certificación. También certifico que he obtenido el consentimiento por escrito del miembro para proporcionar esta información al DHHS MLTC de Nebraska.	
Firma	**Fecha**