

**Propósito de proporcionar información del formulario de certificación:**

Nebraska DHHS MLTC utiliza este formulario de certificación para determinar si el beneficiario de la expansión de Medicaid para adultos de Heritage Health es medicamento frágil. Los beneficiarios que el DHHS determine que son medicamento frágiles se inscribirán en el nivel de beneficios de HHA Prime. Las determinaciones para Medicamento frágil son efectivas por 12 meses o 36 meses antes de que se requiera una redeterminación.

**Instrucciones para proveedores:**

Si es un proveedor con capacidades de diagnóstico, dentro de su ámbito de práctica, y tiene un paciente que cree que cumple con los criterios de medicamento frágil, como se define en las categorías a continuación, complete este formulario. No se aceptarán formularios incompletos.

**Subir formulario a:** <http://dhhs.ne.gov/pages/accessnebraska.aspx>

**Si usted no tiene acceso a internet o si usted tiene preguntas, mande por correo o mande el formulario por correo electrónico a:**

Nebraska DHHS  
 ATTN: Heritage Health Adult Medically Frail Determinations  
 PO Box 95026  
 Lincoln, NE 68509  
 E-Mail: [dhhs.medfrailreview@nebraska.gov](mailto:dhhs.medfrailreview@nebraska.gov)

**Información del Beneficiario(a)**

Fecha de evaluación completada:	ID de Medicaid:
Nombre de la paciente (apellido, nombre, inicial del segundo nombre):	
Dirección:	
Ciudad, Estado, Código Postal:	Fecha de Nacimiento:

**Determinación del Seguro Social**

<b>El beneficiario cumple con uno de los siguientes criterios o tiene documentación que respalde la certificación de medicamento frágil</b>	<b>Si / No</b>	<b>Diagnósticos o Códigos ICD-10 (Requeridos)</b>
Tiene una designación actual de discapacidad según los estándares de la Administración del Seguro Social.		
Ha solicitado, pero aún no ha recibido una determinación de discapacidad.		

**Crónicamente Sin Hogar**

<b>El beneficiario cumple los siguientes criterios</b>	<b>Si / No</b>
1. Ha estado continuamente sin hogar durante un año o más, (HUD define "sin hogar" se define como "una persona que duerme en un lugar no destinado a la vivienda humana (por ejemplo, viviendo en las calles, por ejemplo) O viviendo 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 12 meses.	

### Trastorno Mental Que Causa Discapacidad

Documentación que respalde la certificación médicamente frágil (adjunte páginas adicionales si es necesario)	Si / No	Diagnósticos o Códigos ICD-10 (Requeridos)
Interfiere significativamente con la capacidad del individuo para funcionar independientemente de manera apropiada y efectiva en las áreas funcionales de (1) Vocacional / Educativa, (2) Habilidades sociales o (3) Actividades de la vida diaria.		
Por favor describa:		

### Trastorno Crónico de Uso de Sustancias

Documentación que respalde la certificación médicamente frágil (adjunte páginas adicionales si es necesario)	Si / No	Diagnósticos o Códigos ICD-10 (Requeridos)
Interfiere significativamente con la capacidad del individuo para funcionar independientemente de manera apropiada y efectiva en las áreas funcionales de (1) Vocacional / Educativa, (2) Habilidades sociales o (3) Actividades de la vida diaria.		
Por favor describa:		

### Discapacidad Física (se debe completar ADL)

El beneficiario cumple con los siguientes criterios o tiene documentación que respalde la certificación médicamente frágil	Si / No	Diagnósticos o Códigos ICD-10 (Requeridos)
El beneficiario tiene una discapacidad física.		
Por favor describa:		

Actividades de la vida diaria (Requerido)	Vestir	Bañarse	Continencia	Aseo	Comer	Movilidad en el Hogar	Transferencia
	<input type="checkbox"/>						

**Nivel de ayuda necesaria:** supervisión, señalización o asistencia práctica  
 Marque arriba si se necesita ayuda para completar la tarea de manera segura y el ayudante **DEBE** estar físicamente presente durante toda la tarea para **cada ocurrencia**.

### Discapacidad de Desarrollo o Intelectual (se debe completar ADL)

El beneficiario cumple los siguientes criterios	Si / No	Diagnósticos o Códigos ICD-10 (Requeridos)
<p>El beneficiario tiene una discapacidad intelectual o de desarrollo como se define en el Título 404 NAC 2.</p> <p>1) Una discapacidad intelectual (retraso mental); o</p> <p>2) Una discapacidad crónica grave que no sea una discapacidad intelectual o enfermedad mental; cual:</p> <p>a) Es atribuible a un impedimento mental o físico que no sea un impedimento mental o físico causado únicamente por una enfermedad mental;</p> <p>b) Se manifiesta antes de la edad de veintidós años;</p> <p>c) Es probable que continúe indefinidamente; y</p> <p>d) Resultados en:</p> <p>i) En el caso de una persona de tres años de edad o mayor, una limitación sustancial en tres o más de las siguientes áreas de actividad principal de la vida, según corresponda para la edad de la persona:</p> <p>(1) Cuidados personales;</p> <p>(2) Desarrollo y uso del lenguaje receptivo y expresivo;</p> <p>(3) Aprendizaje;</p> <p>(4) Movilidad;</p> <p>(5) Autodirección;</p> <p>(6) Capacidad de vida independiente; y</p> <p>(7) Autosuficiencia económica.</p>		

Actividades de la vida diaria (Requerido)	Vestir	Bañarse	Continencia	Aseo	Comer	Movilidad en el Hogar	Transferencia
	<input type="checkbox"/>						

**Nivel de ayuda necesaria:** supervisión, señalización o asistencia práctica  
 Marque arriba si se necesita ayuda para completar la tarea de manera segura y el ayudante **DEBE** estar físicamente presente durante toda la tarea para **cada ocurrencia**.

### Condiciones Médicas Serias y Complejas

El beneficiario cumple con uno de los siguientes criterios o tiene documentación que respalde la certificación médicamente frágil	Si / No	Diagnósticos o Códigos ICD-10 (Requeridos)
El beneficiario está en un hospicio.		
El beneficiario cumple con los criterios para los servicios de hospicio.		
El beneficiario cumple con los criterios de atención en un centro de atención a largo plazo o en un centro residencial.		

## Otras Condiciones Médicas Serias y Complejas No Capturadas en las Condiciones Anteriores

Documentación que respalde la certificación médicamente frágil (adjunte páginas adicionales si es necesario)						Diagnósticos o Códigos ICD-10 (Requeridos)	
Interfiere significativamente con la capacidad del individuo para funcionar independientemente de manera apropiada y efectiva en las áreas funcionales de (1) Vocacional / Educativa, (2) Habilidades sociales o (3) Actividades de la vida diaria.							
Por favor describa:							
Actividades de la vida diaria (Requerido)	Vestir	Bañarse	Continencia	Aseo	Comer	Movilidad en el Hogar	Transferencia
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<b>Nivel de ayuda necesaria:</b> supervisión, señalización o asistencia práctica Marque arriba si se necesita ayuda para completar la tarea de manera segura y el ayudante <b>DEBE</b> estar físicamente presente durante toda la tarea para <b>cada ocurrencia</b> .							

### Atestación del Proveedor

Nombre del Proveedor (Apellido, Primer Nombre, Inicial de Segundo Nombre):	
Especialidad del proveedor:	
Número Nacional de identificación del proveedor:	
Telefono:	Correo ELelectronico:
Firma	Fecha
<input type="checkbox"/> Certifico que al firmar este documento soy un proveedor con capacidades de diagnóstico, dentro de mi ámbito de práctica, y entiendo que cualquier declaración falsa, omisión o tergiversación puede resultar en enjuiciamiento bajo las leyes estatales y federales. Estoy de acuerdo en enviar, si lo solicita el DHTC MLTC de Nebraska, cualquier información adicional que respalde esta certificación. También certifico que he obtenido el consentimiento por escrito del beneficiario para proporcionar esta información al Nebraska DHHS MLTC.	