

## Formulario de presentación de barreras

**No incluya información médica protegida en este formulario**

Puede encontrar este formulario en [UmpquaHealth.com](http://UmpquaHealth.com), en las pestañas **Proveedor** y **Miembro de OHP**

<https://www.umpquahealth.com/wp-content/uploads/2020/05/barrier-submission-form-3-3.docx>

**Fecha:** Click here to enter text.

**Edad de la persona afectada por la barrera:** Click here to enter text.

### Tipo de barrera (marque todas las que correspondan):

- Servicios y apoyos (acceso, entorno, ubicación, calidad, brechas o financiación)
- Políticas y procedimientos (específicos del sistema o de la agencia)
- Reuniones de equipo al servicio de los jóvenes y las familias (proceso, protocolo o funcionamiento)
- Reglas estatales y federales (FERPA, HIPAA, mandatos, leyes o políticas)
- Competencia cultural y lingüística
- Colaboración de sistemas (falta de coordinación o comunicación entre sistemas o agencias)
- Funciones y responsabilidades (quién hace qué)
- Participación (familia, comunidad o niño/joven)
- Inestabilidad de la vivienda
- Transporte/distancia
- Cuidado de niños
- Inseguridad alimentaria
- Otro: Click here to enter text.

### La barrera está relacionada con el siguiente sistema (marque todos los que correspondan):

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Educación    | <input type="checkbox"/> I/Discapacidades del desarrollo (I/DD) |
| <input type="checkbox"/> Juvenil      | <input type="checkbox"/> Bienestar infantil                     |
| <input type="checkbox"/> Fomentar     | <input type="checkbox"/> Salud mental                           |
| <input type="checkbox"/> Salud física | <input type="checkbox"/> Envoltente                             |
| <input type="checkbox"/> Familia      | <input type="checkbox"/> Otro: Click here to enter text.        |

**Descripción de la barrera (2 o más frases):**

Click or tap here to enter text.

**Recomendación (incluya sugerencias sobre cómo superar la barrera, si la hubiera):**

Click or tap here to enter text.

**Sección 2:**

**¿Está la persona afectada por la barrera en una lista de espera?**  Sí  No

**¿Qué tipo de lista de espera?** Click here to enter text.

**¿Qué tipo de seguro tiene la persona afectada por la barrera?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> UHA-CCO (OHP) | <input type="checkbox"/> Tarjeta abierta (OHP)           |
| <input type="checkbox"/> Otros CCO     | <input type="checkbox"/> Seguro privado                  |
| <input type="checkbox"/> Sin seguro    | <input type="checkbox"/> Otro: Click here to enter text. |

**¿Ubicación o ubicación de la persona afectada por la barrera?**

- Casa
- Refugio para jóvenes (actualmente reside en un refugio para jóvenes)
- Personas sin hogar (actualmente residen en un campamento, un vehículo o el sofá de un amigo)
- Foster (actualmente reside en un hogar de acogida)
- Otro: Click here to enter text.

**Nombre de la persona que envía el formulario:** Click here to enter text.

**Si corresponde, organización o función:** Click here to enter text.

Click here to enter text.

**Información de contacto (teléfono o correo electrónico):** Click here to enter text.

**Información adicional:** Click here to enter text.

Envíe el formulario completo a [SOCBarriers@umpquahealth.com](mailto:SOCBarriers@umpquahealth.com) o en persona a: Servicios para miembros de Umpqua Health Alliance, ubicado en 3031 NE Stephens ST. | Roseburg, OR 97470.