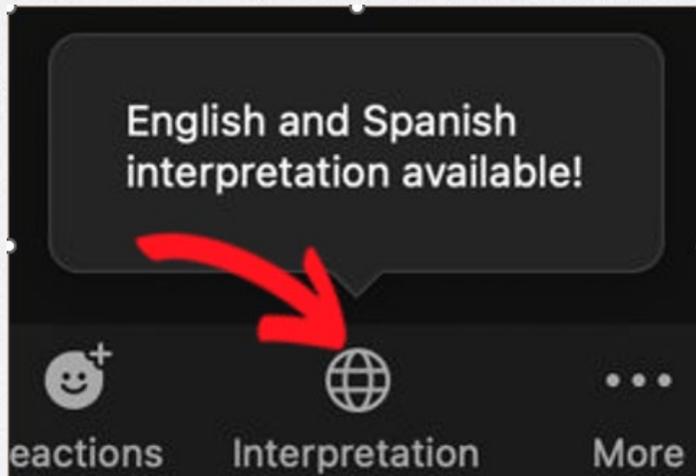


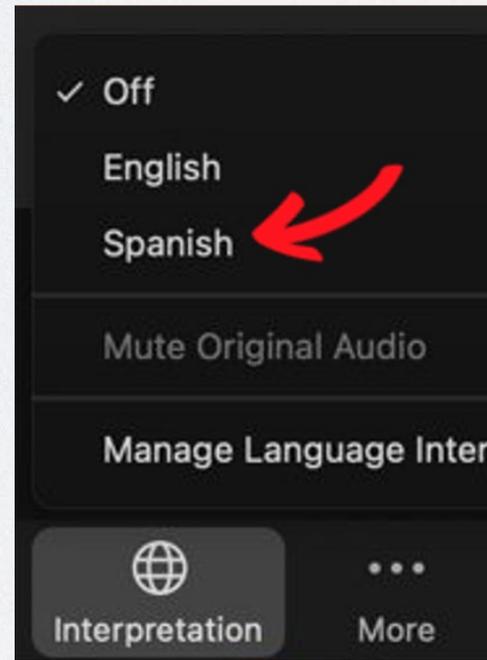
Uso de la función de interpretación simultánea en Zoom

Si desea escuchar la presentación en español...

- 1) Encuentre el ícono del globo de interpretación



- 2) Pulse sobre el globo de interpretación y seleccione «Español»



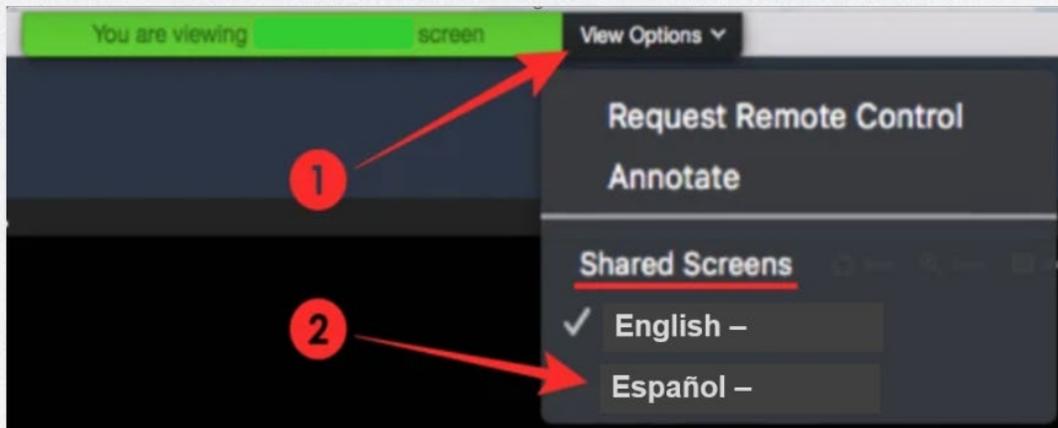
Si desea escuchar la presentación en español desde su teléfono celular...

- 1) Toque los tres puntos que dicen «Más»
- 2) Seleccione el «idioma de interpretación»
- 3) Seleccione «Español»

Seleccionar el idioma en que desea ver la presentación en Zoom

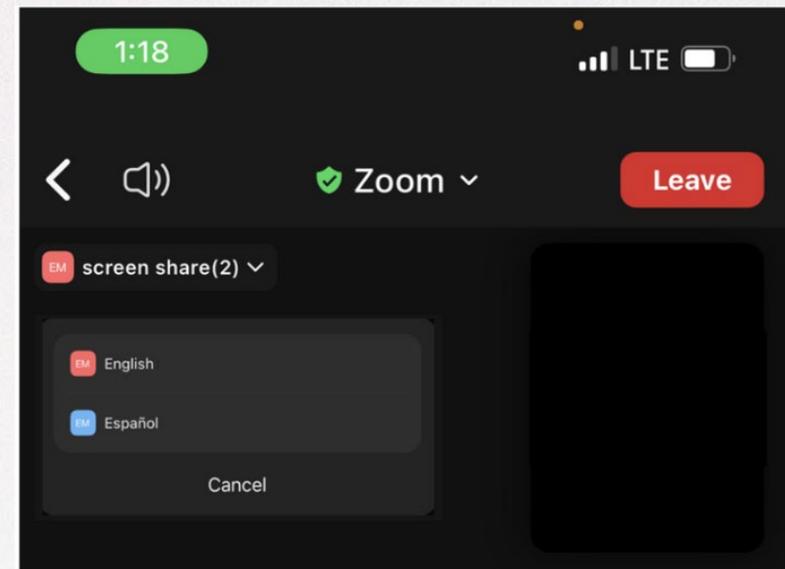
Si desea ver la presentación en español...

- 1) En la parte superior de la pantalla, pulse «Ver opciones»
- 2) Aparecerá un menú desplegable
- 3) Seleccione «Español»



Si desea ver la presentación en español desde su teléfono celular...

- 1) Toque la pantalla para que aparezcan las opciones
- 2) Toque los tres puntos que dicen «Más»
- 3) Seleccione «Interpretación»
- 4) Seleccione «Español»
- 5) Toque «Listo»





Red de Salud



Un programa de coordinación de cuidados para pacientes que se movilizan durante el período del tratamiento

MIGRANT CLINICIANS NETWORK



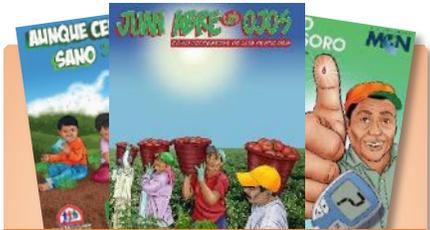


**Somos una fuerza dedicada a
la justicia en salud**

Nuestra misión es crear soluciones prácticas en la intersección entre la vulnerabilidad, la migración y la salud.

Nuestra visión es alcanzar un mundo justo y equitativo en salud, donde la migración nunca sea un impedimento para el bienestar.

Nuestro Trabajo



Desarrollo de recursos



Educación



Asistencia técnica



Investigación



Navegación virtual de casos para pacientes móviles



Salud y seguridad de los trabajadores



Apoyo psicosocial para proveedores de salud



Evaluación



Abogacía



Redes de proveedor

Dónde estamos



Nuestros Miembros

- Proveedores de servicios de salud
- Promotores de salud comunitarios
- Enfermeras
- Dentistas
- Trabajadores sociales
- Trabajadores de alcance
- Profesionales de la salud pública
- Educadores de salud
- Asistentes médicos



MIGRANT CLINICIANS NETWORK



La Red de Salud

Busca eliminar las
disparidades en salud
ocasionadas por la
movilidad de los
pacientes



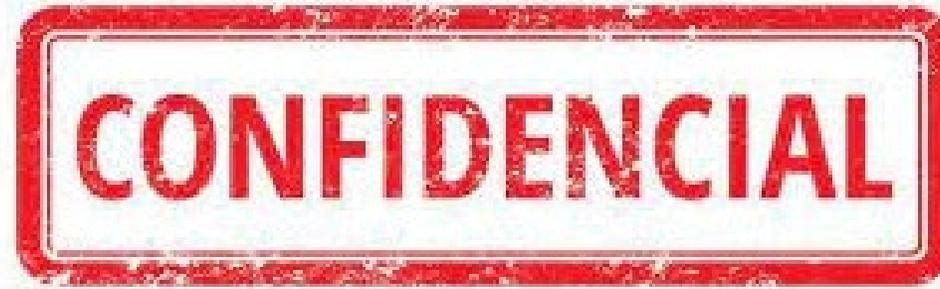
©Earl Dotter

A photograph showing four men walking through a field of young corn plants. The man in the foreground on the left is wearing a blue headwrap and a striped shirt. The man on the right is wearing a white t-shirt and a cap, holding a wooden tool. Two other men are walking further back in the field. The background shows a line of trees under a clear sky.

La Red de Salud
28 años de innovación



La Red de Salud de MCN no
discrimina a nadie por su
condición de inmigrante y no
comparte la información
personal del paciente sin su
permiso.



- ✓ **La confidencialidad es fundamental para todo el personal de MCN.** Todos los procedimientos que la Red de Salud utiliza cumplen con las normas HIPPA
- ✓ Todos los pacientes deben firmar (o hacer firmar a un testigo) un formulario de consentimiento antes de inscribirse en la Red de Salud



Business Phone: (512) 327-2017
 Confidential Fax: (512) 327-6140
 Confidential Phone: (800) 825-8205

Health Network General Consent / Formato de consentimiento general

Name of patient / Nombre del paciente

Date of birth / Fecha de nacimiento

MM/DD/YYYY
mes/día/año

Migrant Clinicians Network is a non-profit organization that helps with continuity of care through the Health Network program at no cost to me (or my child). However, MCN cannot guarantee access to all healthcare providers or the quality of care. Providers are independent and not MCN employees. MCN does not provide or oversee treatment or outcomes.

Migrant Clinicians Network es una organización sin fines de lucro que ayuda con la continuidad de la atención a través del programa Health Network sin costo alguno para mí (o mi hijo/a). Sin embargo, MCN no puede garantizar el acceso a todos los proveedores de atención médica ni la calidad de la atención. Los proveedores son independientes y no empleados de MCN. MCN no proporciona ni supervisa el tratamiento o los resultados.

I consent to MCN using my (or my child's) health and personal information solely for medical treatment, healthcare operations, or as authorized by me. I agree to inform future providers of my (or my child's) MCN enrollment to facilitate record transfers and consent to MCN maintaining sensitive health information.

Doy mi consentimiento para que MCN utilice mi información médica y personal (o la de mi hijo/a) únicamente para tratamiento médico, operaciones de atención médica o según lo autorizo. Acepto informar a los futuros proveedores de mi inscripción (o la de mi hijo/a) en MCN para facilitar la transferencia de registros y doy mi consentimiento para que MCN conserve la información confidencial sobre mi salud.

I authorize MCN and my (or my child's) providers to access these records for treatment.

Autorizo a MCN y a mis proveedores (o los de mi hijo/a) a acceder a estos registros para el tratamiento.

MCN may contact me about follow-up and referrals while adhering to confidentiality laws. This consent is valid for 24 months or until I opt out. I can request to leave the Health Network program or limit its scope at any time and receive a copy of my (or my child's) records upon request.

MCN puede ponerse en contacto conmigo para realizar seguimientos y derivaciones respetando las leyes de confidencialidad. Este consentimiento es válido por 24 meses o hasta que yo opte por retirarme. Puedo solicitar abandonar el programa de Health Network o limitar su alcance en cualquier momento y recibir una copia de mis registros (o los de mi hijo/a) si lo solicito.

I release MCN and its affiliates from any claims or liabilities related to my (or my child's) Health Network enrollment

Libero a MCN y a sus afiliados de cualquier reclamo o responsabilidad relacionados con mi inscripción (o la de mi hijo/a) en Health Network.

Signature of the patient or legal representative /
Firma del paciente o representante legal

Date of Signature /
Fecha de Firma

Phone number / Número telefónico

Signature of Witness / Firma de Testigo

Date of Signature/ Fecha de Firma

A contact person whom Health Network can communicate with who will always know the patient's location.
Un contacto que siempre sabrá del paciente con quien Health Network se pueda comunicar

Name of contact / Nombre del contacto

Phone # / # telefónico

e-mail / correo electrónico

Name of contact / Nombre del contacto

Phone # / # telefónico

e-mail / correo electrónico

For the health care provider / Para el proveedor de servicios de salud

Gender _____ Farmworker Yes No _____ Traveling to _____ City, State

Language: English Spanish Haitian Creole Other _____

Country of Origin: _____ Current Location: _____

Medical reason for requesting continuity of care support from Health Network:

TB Perinatal Care Cancer Diabetes HIV/Aids General Health Pediatrics

Reason : _____

Please attach all medical records (screening results, hospital records, Clinical Notes, etc) to this consent.

Formularios
necesarios para
registrarse



Business Phone: (512) 327-2017
Confidential Fax: (512) 327-6140
Confidential Phone: (800) 825-8205

Health Network General Consent / Formato de consentimiento general

Name of patient / Nombre del paciente

Date of birth / Fecha de nacimiento ^{MM/DD/YYYY}
mes/día/año

Migrant Clinicians Network is a non-profit organization that helps with continuity of care through the Health Network program at no cost to me (or my child). However, MCN cannot guarantee access to all healthcare providers or the quality of care. Providers are independent and not MCN employees. MCN does not provide or oversee treatment or outcomes.

Migrant Clinicians Network es una organización sin fines de lucro que ayuda con la continuidad de la atención a través del programa Health Network sin costo alguno para mí (o mi hijo/a). Sin embargo, MCN no puede garantizar el acceso a todos los proveedores de atención médica ni la calidad de la atención. Los proveedores son independientes y no empleados de MCN. MCN no proporciona ni supervisa el tratamiento o los resultados.

I consent to MCN using my (or my child's) health and personal information solely for medical treatment, healthcare operations, or as authorized by me. I agree to inform future providers of my (or my child's) MCN enrollment to facilitate record transfers and consent to MCN maintaining sensitive health information.

Do I consent to MCN using my (or my child's) health and personal information (o la de mi hijo/a) únicamente para tratamiento médico, operaciones de atención médica o según lo autorizado. Acepto informar a los futuros proveedores de mi inscripción (o la de mi hijo/a) en MCN para facilitar la transferencia de registros y doy mi consentimiento para que MCN conserve la información confidencial sobre mi salud.

I authorize MCN and my (or my child's) providers to access these records for treatment.

Autorizo a MCN y a mis proveedores (o los de mi hijo/a) a acceder a estos registros para el tratamiento.

MCN may contact me about follow-ups and referrals while adhering to confidentiality laws. This consent is valid for 24 months or until I opt out. I can request to leave the Health Network program or limit its scope at any time and receive a copy of my (or my child's) records upon request.

MCN puede ponerse en contacto conmigo para realizar seguimientos y derivaciones respetando las leyes de confidencialidad. Este consentimiento es válido por 24 meses o hasta que yo opte por retirarme. Puedo solicitar abandonar el programa de Health Network o limitar su alcance en cualquier momento y recibir una copia de mis registros (o los de mi hijo/a) si lo solicito.

I release MCN and its affiliates from any claims or liabilities related to my (or my child's) Health Network enrollment

Libero a MCN y a sus afiliadas de cualquier reclamo o responsabilidad relacionadas con mi inscripción (o la de mi hijo/a) en Health Network.

Signature of the patient or legal representative /
Firma del paciente o representante legal

Date of Signature /
Fecha de Firma

Phone number / Número telefónico

Signature of Witness / Firma de Testigo

Date of Signature / Fecha de Firma

A contact person whom Health Network can communicate with who will always know the patient's location.
Un contacto que siempre sabrá del paciente con quien Health Network se pueda comunicar

Name of contact / Nombre del contacto

Phone # / # telefónico

e-mail / correo electrónico

Name of contact / Nombre del contacto

Phone # / # telefónico

e-mail / correo electrónico

For the health care provider / Para el proveedor de servicios de salud

Gender Male Female Farmworker Yes No Traveling to _____ City, State

Language: English Spanish Haitian Creole Other _____

Country of Origin: _____ Current Location: _____

Medical reason for requesting continuity of care support from Health Network:

TB Perinatal Care Cancer Diabetes HIV/Aids General Health Pediatrics

Reason : _____

Please attach all medical records (screening results, hospital records, Clinical Notes, etc) to this consent.

Debe tener la
firma del
participante



Con el consentimiento de los participantes se autoriza al personal de MCN a transferir sus historiales médicos y a que les contacten.

El consentimiento es válido si se envía dentro de los 5 días hábiles siguientes a la firma del paciente. A partir de la fecha de la firma, es válido por 24 meses.

Los participantes pueden renovar su consentimiento después de que expire si aún siguen necesitando asistencia.

Estos recursos para el registro están disponibles en:

www.migrantclinician.org/health-network/enrollment

Vídeos informativos sobre la Red de Salud



La Red de Salud es un sistema de administración de casos para pacientes móviles creado por Migrant Clinicians Network.



Cualquier proveedor de salud que trabaja con migrantes que tienen la intención de marcharse y se encuentran bajo tratamiento



La Red de Salud también puede proveer al paciente con educación necesaria acerca de temas clínicos.

Business Phone: (512) 327-2017
Confidential Fax: (512) 327-6140
Confidential Phone: (800) 825-8205

MCN
MIGRANT CLINICIANS NETWORK

Health Network General Consent / Formato de consentimiento general

MM/DD/YYYY
mes/día/año

Name of patient / Nombre del paciente _____ Date of birth / Fecha de nacimiento _____

Migrant Clinicians Network is a nonprofit organization that helps with continuity of care through the Health Network program and we are not for profit. Migrant Clinicians Network is a nonprofit organization that helps with continuity of care through the Health Network program and we are not for profit. Migrant Clinicians Network is a nonprofit organization that helps with continuity of care through the Health Network program and we are not for profit. Migrant Clinicians Network is a nonprofit organization that helps with continuity of care through the Health Network program and we are not for profit.

I consent to MCH using my last name (MCH) health and personal information solely for medical treatment, healthcare operations, or as authorized by me. I agree to allow access provision of my (or my MCH) MCH records to facilitate record keeping and access to MCH's existing medical health information.

I authorize MCH and my (or my MCH) provider to access these records for treatment.

MCH may contact you about future care and information affecting your confidentiality. This consent is valid for 12 months or until you ask us to stop for Health Network program or until you request to stop. If you do not respond to our request, we will assume you do not consent to MCH's use of your information.

I release MCH and its affiliates from any claims or liabilities related to my (or my MCH) health network enrollment.

Autenticación a MCH y a sus proveedores (o los de mi hijo/a) a acceder a mis registros para el tratamiento.

MCH puede contactarme en contacto conmigo para recibir asesoramiento y directrices respecto a los temas de confidencialidad. Este consentimiento es válido por 12 meses desde que yo pido que se realice. Puedo solicitar abandonar el programa de Health Network. Si no respondo a nuestra solicitud, asumiremos que no estoy de acuerdo con el uso de mi información.

Libero a MCH y a sus afiliados de cualquier reclamo o responsabilidad relacionada con mi inscripción (o la de mi hijo/a) en Health Network.

Signature of the patient or legal representative / Firma del paciente o representante legal _____ Date of Signature / Fecha de Firma _____ Phone number / Número telefónico _____

Signature of Witness / Firma de Testigo _____ Date of Signature / Fecha de Firma _____

A contact person whom Health Network can communicate with who will always know the patient's location.
Un contacto que siempre sabrá del paciente con quien Health Network se pueda comunicar

Name of contact / Nombre del contacto _____ Phone # / # telefónico _____ e-mail / correo electrónico _____

Name of contact / Nombre del contacto _____ Phone # / # telefónico _____ e-mail / correo electrónico _____

For the health care provider / Para el proveedor de servicios de salud

Gender _____ Farmworker Yes No _____ Traveling to _____ City, State _____

Language: English Spanish Haitian Creole Other _____

Country of Origin: _____ Current Location: _____

Medical reason for requesting continuity of care support from Health Network:
TB Perinatal Care Cancer Diabetes HIV/Aids General Health Pediatrics

Reason: _____

Please attach all medical records (screening results, hospital records, Clinical Notes, etc) to this consent.

Descargue los paquetes para registrarse en inglés, criollo haitiano, portugués y español

HIPAA BUSINESS ASSOCIATE AGREEMENT

THIS HIPAA BUSINESS ASSOCIATE AGREEMENT (the "Agreement") is entered into effective [date] (the "Effective Date"), by and between Migrant Clinicians Network ("MCN", "Business Associate", or "Party") and <<organization>> (the "Covered Entity" or "Party") (collectively referred to as the "Parties").

Business associate and covered entity have a business relationship (the "Relationship" or the "Agreement") in which business associate may perform functions or activities on behalf of covered entity involving the use and/or disclosure of protected health information received from, or created or received by, business associate on behalf of covered entity. Therefore, if business associate is functioning as a business associate to covered entity, business associate agrees to the following terms and conditions set forth in this HIPAA Business Associate Agreement.

Definitions

Catch-all definition:

The following terms used in this Agreement shall have the same meaning as those terms in the HIPAA Rules: Breach, Data Aggregation, Designated Record Set, Disclosure, Health Care Operations, Individual, Minimum Necessary, Notice of Privacy Practices, Protected Health Information, Required by Law, Secretary, Security Incident, Subcontractor, Unsecured Protected Health Information, and Use.

Specific definitions:

(a) Business Associate. "Business Associate" shall generally have the same meaning as the term "business associate" at 45 CFR 160.103, and in reference to the party to this agreement, shall mean *MCN*.

(b) Covered Entity. "Covered Entity" shall generally have the same meaning as the term "covered entity" at 45 CFR 160.103, and in reference to the party to this agreement, shall mean *[Insert Name of Covered Entity]*.

(c) HIPAA Rules. "HIPAA Rules" shall mean the Privacy, Security, Breach Notification, and Enforcement Rules at 45 CFR Part 160 and Part 164.

Obligations and Activities of Business Associate

Business Associate agrees to:

(a) Not use or disclose protected health information other than as permitted or required by the Agreement or as required by law;

Acuerdos de asociación

Se requiere para cumplir con las regulaciones de HIPAA

Resumen de los criterios utilizados para el registro de pacientes a la Red de Salud

1. El paciente es:

- ✓ Móvil / Migrante
- ✓ Piensa dejar el área en la que recibe cuidados de salud

2. El paciente tiene:

- ✓ La necesidad de que se le haga seguimiento a los cuidados de salud
- ✓ El número de teléfono del trabajo o de un familiar
- ✓ El formulario de consentimiento de MCN firmado
- ✓ La clínica base o clínica en la que se registró como paciente



**Pasos para
mantener al
paciente bajo
los cuidados de
la salud**

Asociado de la Red de Salud de MCN:



✓ Contacta a los pacientes de forma programada



✓ Contacta a las clínicas mensualmente. Ofrece actualizaciones a otras clínicas cuando lo solicitan y cuando se ha terminado el tratamiento.



✓ Ayuda a los pacientes a localizar clínicas para obtener servicios y recursos



✓ Informa a la clínica base o de registro y les notifica de los resultados de las gestiones.



**El papel del
paciente...**

Proveer tantos
números de
teléfono
como pueda

###-###-####
###-###-####
###-###-####



Informar a los asociados de la Red de Salud (HN) de cualquier cambio del número de teléfono o de la dirección y ponerse en contacto con el personal de HN al llegar al nuevo lugar de destino





**Continuar con el
tratamiento por
el tiempo que el
doctor se lo pida**



**Más de 15.100
participantes
(pacientes) registrados
en el programa de HN**



Más de 3.000 clínicas en E.E. U.U. y más de 114 países se han comprometido a eliminar la movilidad como obstáculo en la continuidad de la atención en salud

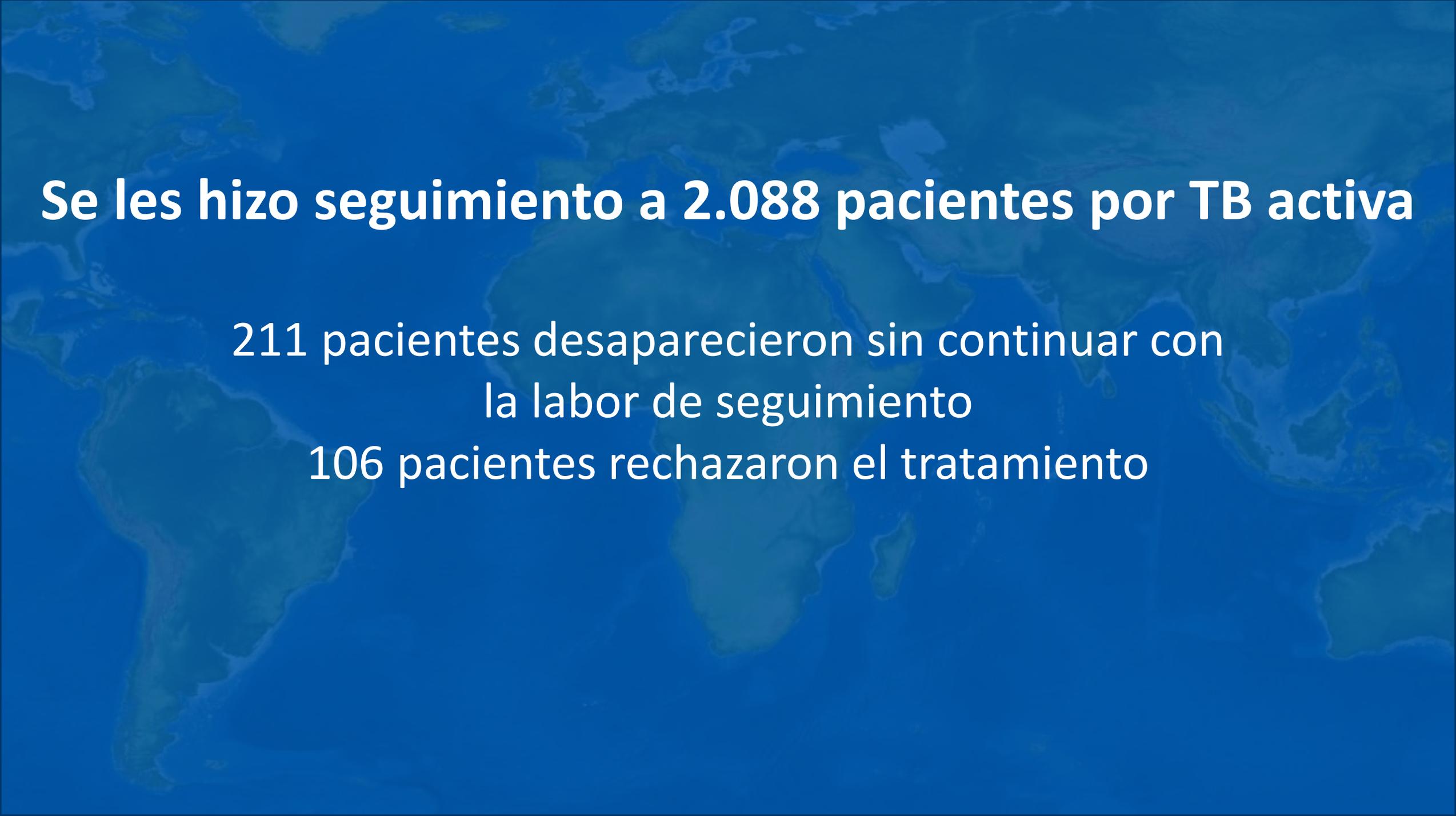


El programa de la Red de Salud de MCN comenzó inicialmente como una red para prestar apoyo a los pacientes con tuberculosis

Se han recomendado 2,125 tratamientos

(26 casos de TB resistente a múltiples medicamentos; 65 casos de TB resistentes a al menos un medicamento)

37 fallecidos

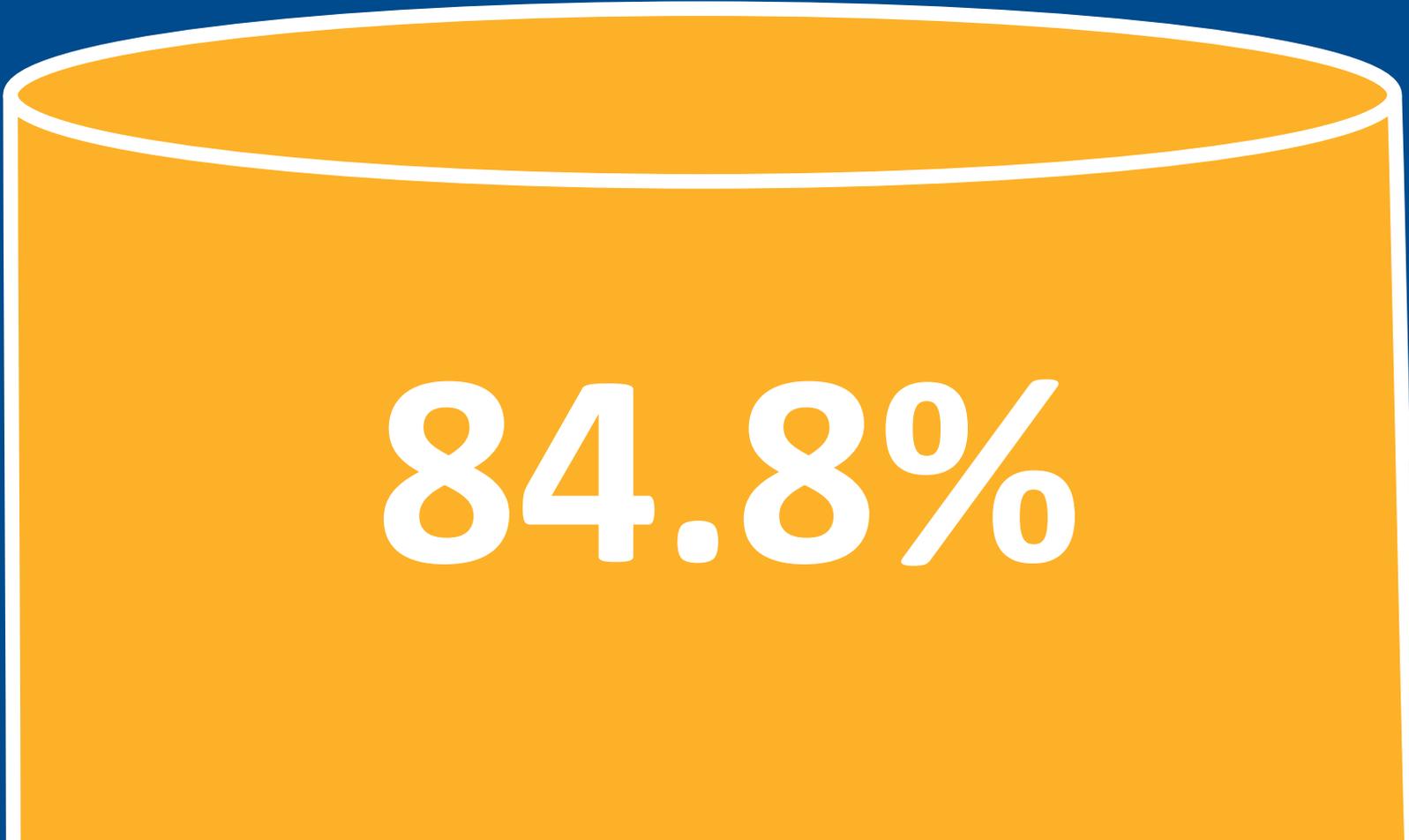
A faint world map is visible in the background of the slide, rendered in a light blue color against the darker blue background.

Se les hizo seguimiento a 2.088 pacientes por TB activa

211 pacientes desaparecieron sin continuar con
la labor de seguimiento

106 pacientes rechazaron el tratamiento

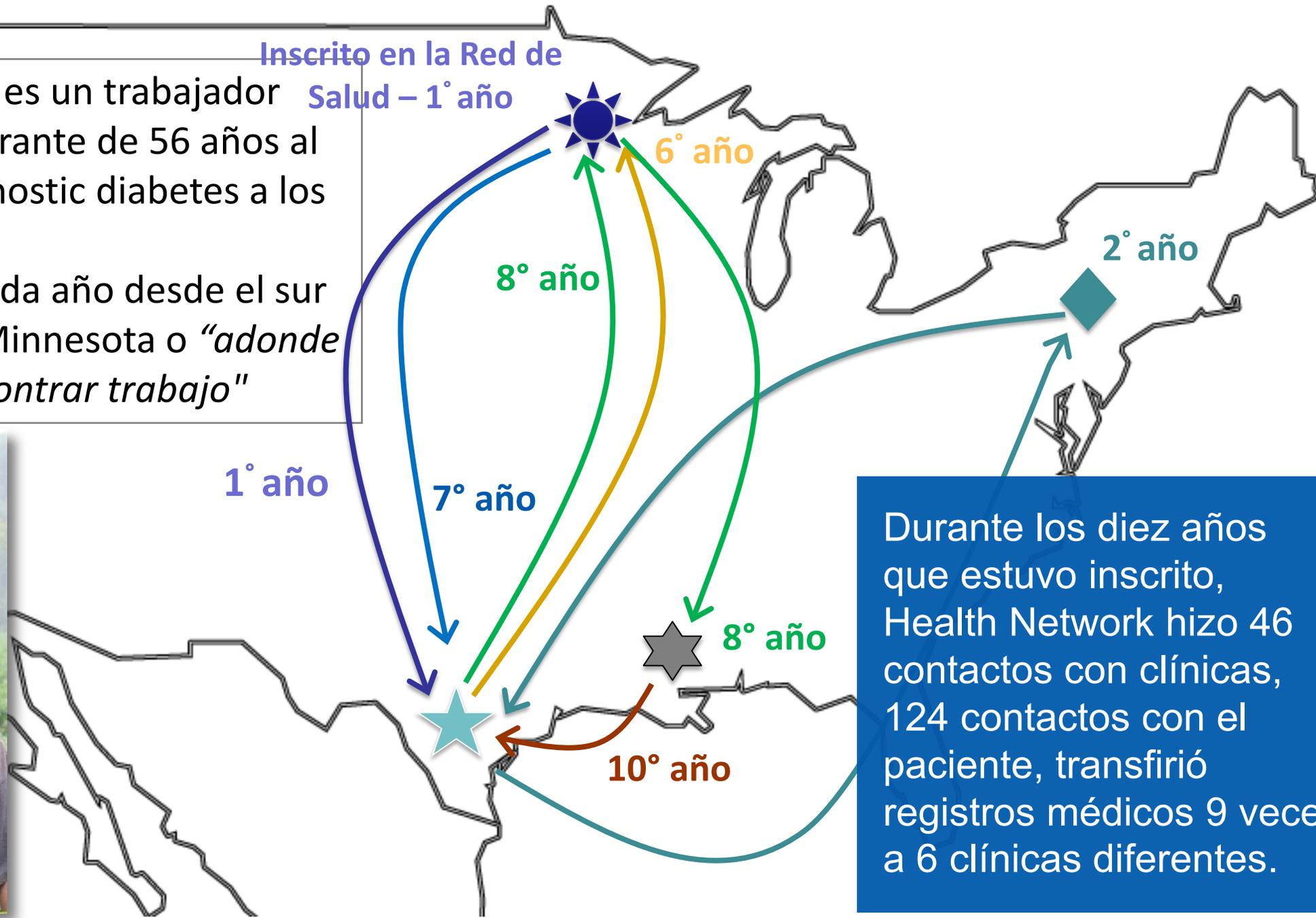
**1.771 Pacientes completaron todo el
tratamiento**



84.8%

“Fernando” es un trabajador agrícola migrante de 56 años al que se diagnosticó diabetes a los 49 años. Él viajaba cada año desde el sur de Texas a Minnesota o “*adonde pudiera encontrar trabajo*”

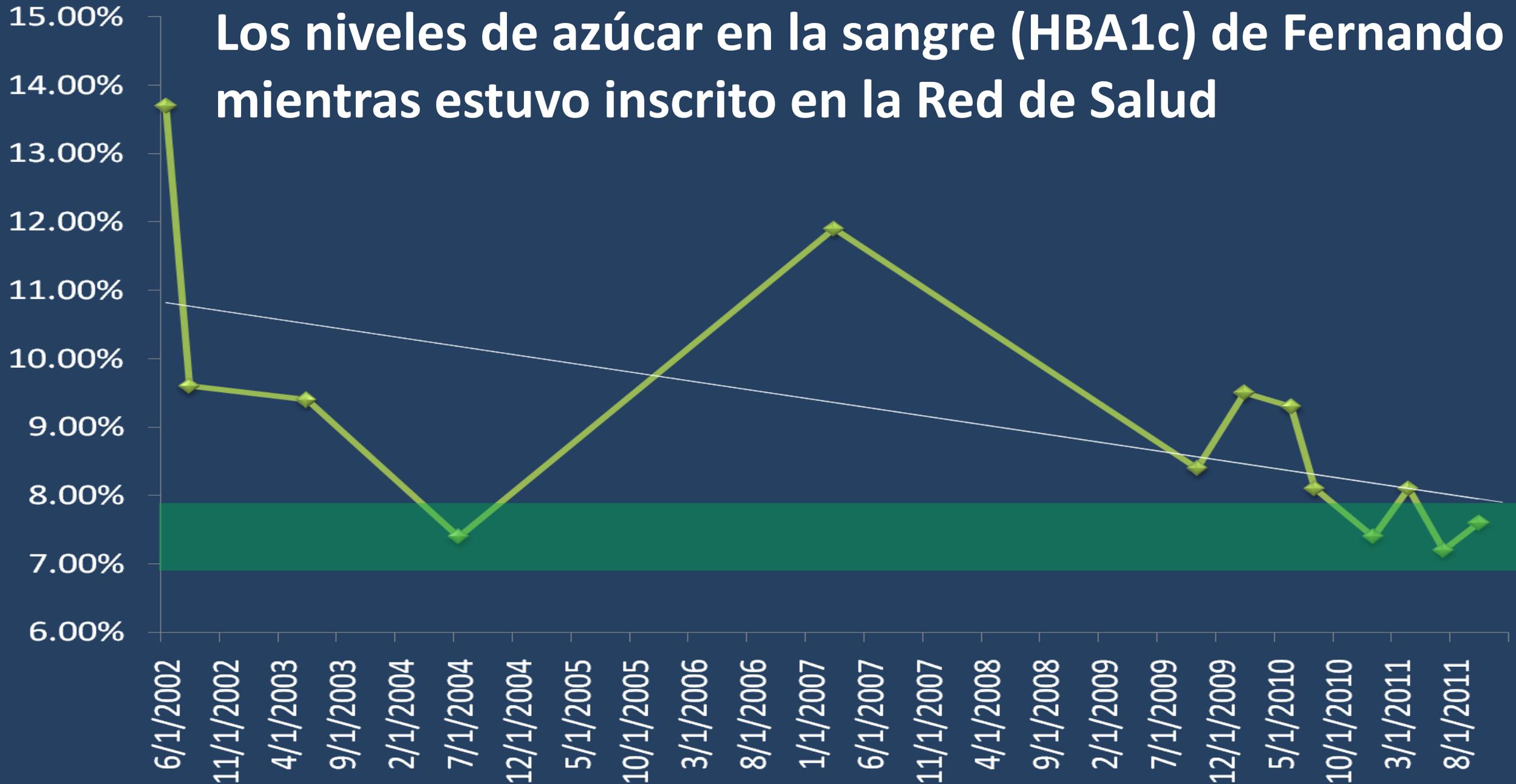
Inscrito en la Red de Salud – 1° año



Durante los diez años que estuvo inscrito, Health Network hizo 46 contactos con clínicas, 124 contactos con el paciente, transfirió registros médicos 9 veces a 6 clínicas diferentes.



Los niveles de azúcar en la sangre (HBA1c) de Fernando mientras estuvo inscrito en la Red de Salud



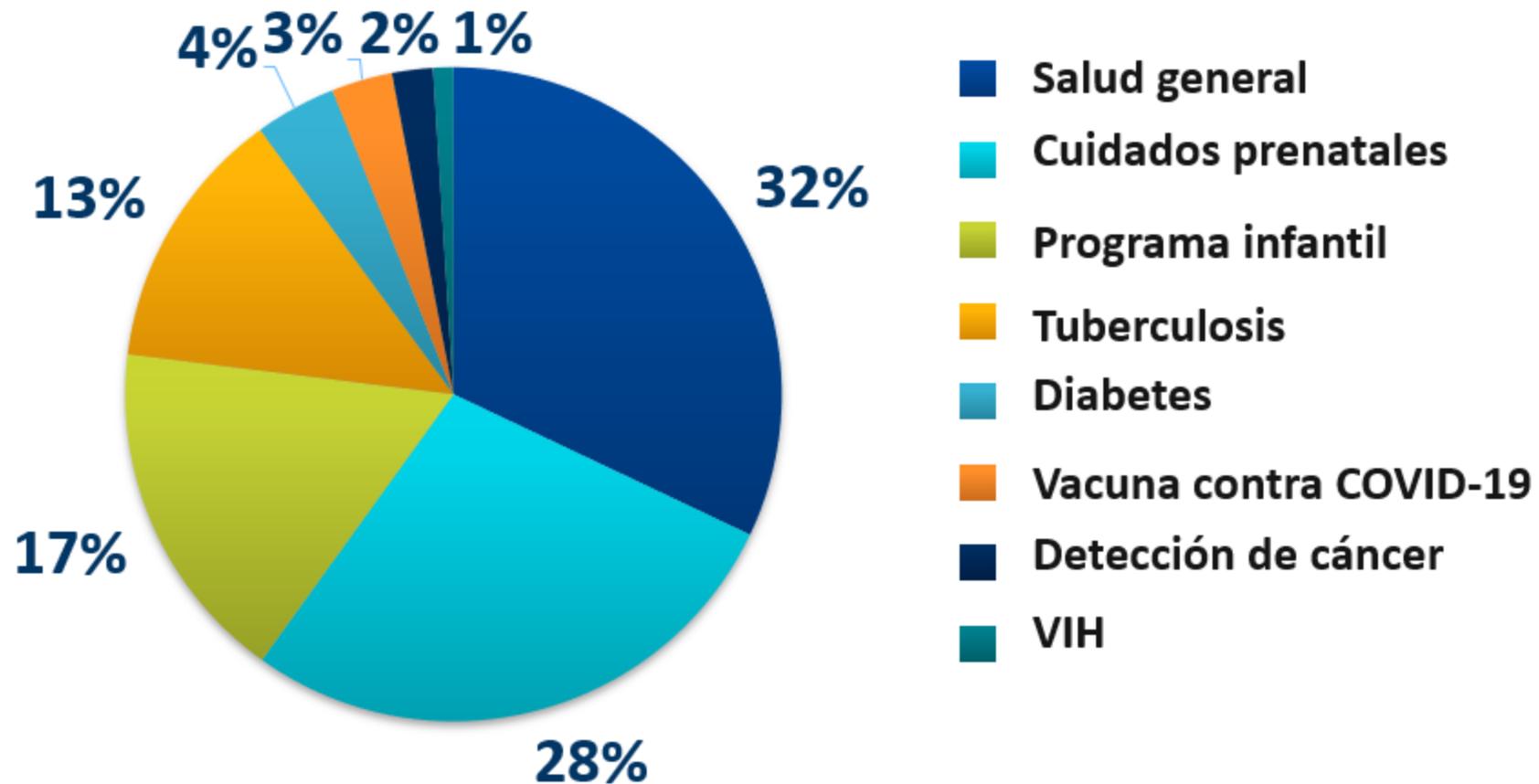


¿Cómo puede la Red de Salud de MCN tener una tasa de éxito tan alta en 114 países?

- Los navegadores de casos multilingües/multiculturales que utilizan múltiples técnicas de comunicación.
- Los navegadores de casos de MCN hablan varios idiomas (inglés, español, criollo haitiano, francés y portugués, y utilizan Language Line para todos los demás)

La Red de Salud de MCN

Porcentaje de inscripciones en la Red de Salud según el primer diagnóstico





¿Qué es el programa SCAN?

- **SCAN** es la abreviatura en inglés de **Red de acceso a la atención especializada**

El objetivo principal de SCAN es asistir en la coordinación de servicios de salud para pacientes menores de 18 años en áreas de subespecialidades pediátricas.

Referencia al programa SCAN

- ✓ Una clínica, un programa, una organización o un miembro del equipo de SCAN puede darse cuenta de que el paciente necesita ser atendido por un subespecialista pediátrico.
- ✓ La Red de Salud orienta y les dice a los pacientes cómo completar el paquete de inscripción.



Referencia al programa SCAN

El objetivo de SCAN es tener preparada con antelación la información necesaria para que haya continuidad en los cuidados de salud y coordinar dichos cuidados con un miembro del equipo de SCAN:

- Información del paciente
- Formulario de consentimiento firmado
- Resumen de la visita del paciente (si el paciente ha sido anteriormente atendido por un proveedor de salud)
- Próximos pasos



Referencia al programa SCAN

- ✓ Si es necesario, el coordinador de atención del paciente de SCAN se pondrá en contacto con la familia para hacerles una presentación del programa y completar la inscripción del paciente.
- ✓ El coordinador de atención del paciente informará a la familia quien es el miembro apropiado de SCAN a contactar y esta persona de contacto se encargará de solicitar al proveedor de salud el resumen de la visita del paciente.



Ejemplo del resumen de inscripción del paciente

- Leti es una niña de 5 años nacida en Guatemala con un retraso en el desarrollo que incluye el habla e independencia para ir al baño.
- La niña llegó a **Welcome Center** en Tucson el 01/01/2021.
- Su madre habla español con fluidez y sabe leer y escribir. El asociado de HN que inscribió la niña habló con la madre para referir a la paciente y ella estuvo de acuerdo. La madre también me dijo que en el pasado le dijeron que la niña podría tener microcefalia. La mandaron a hacerle unas pruebas a la niña, pero la madre nunca la llevó.

Ejemplo del resumen de inscripción del paciente

- La madre dice que básicamente la niña no ha recibido ningún cuidado de salud. Hoy el/la asociado/a de HN que inscribió a la niña completó una evaluación EPSDT (por sus siglas en inglés) de la niña.
- El examen físico es normal: la altura está en el percentil 50, el peso en el percentil 25. El/la asociado/a de HN incluyó el formulario EPSDT y la tabla de crecimiento cuando envió el historial que tengo. La niña no habla y usa pañales, no puede ir al baño sola en lo absoluto.

Ejemplo del resumen de inscripción del paciente

La familia viaja hoy mismo a California. El/la asociado/a de HN obtuvo la dirección y el número de teléfono de su familia patrocinante. La madre ha firmado la referencia a MCN. Seguiré las instrucciones de Luis y veré si puedo enviarle los documentos por un correo electrónico seguro. Si no, utilizaremos un fax seguro para enviarlos.

Las posibles necesidades de seguimiento que he identificado son:

- Pediatra
- Neurólogo Pediátrico
- Terapia de lenguaje
- Terapia ocupacional

¿A quién se le envía la referencia en SCAN?

Coordinadora de atención al paciente de SCAN – Elizabeth González Ibarra

- Completará la referencia
- Identificará al miembro apropiado de SCAN a quien puede contactar
- Continuará la coordinación de la atención al paciente con el miembro del equipo de SCAN

Para más instrucciones contáctame:
Egonzalez-ibarra@migrantclinician.org

Introducción al Portal de La Red de Salud de MCN para la inscripción de pacientes a La Red de Salud

Lunes, 19 de noviembre 2024

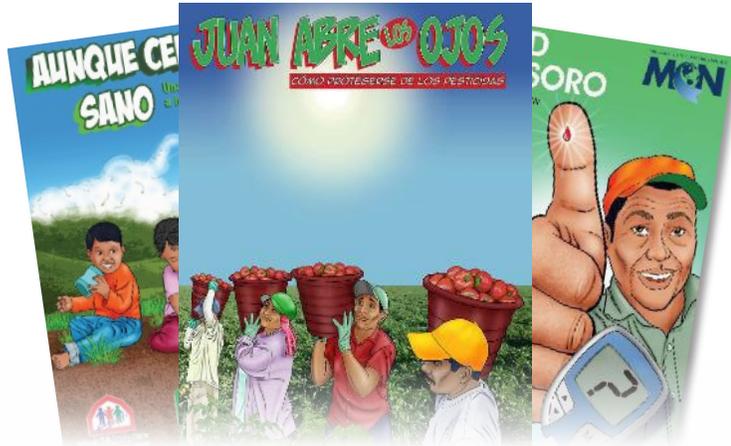
Regístrese en

migrantclinician.org/webinars

Esta sesión se presentará solo en inglés



¡Conéctese con **MCN!**



Revise nuestros últimos recursos



Obtenga actualizaciones desde el campo



Asista a nuestra gran variedad de capacitaciones

y mucho más en www.migrantclinician.org



Contáctenos

- Teléfono de la Red de Salud :
800-825-8205 (U.S.)
- Fax de la Red de Salud :
512-327-6140
- Página de Internet de MCN:
<http://www.migrantclinician.org/>

Si tiene más preguntas sobre el programa o tiene necesidades adicionales sobre la capacitación y asistencia técnica, también puede ponerse en contacto con:

Theresa Lyons-Clampitt: **512-579-4511** o a
tlyons@migrantclinician.org



Por favor, recuerde enviar la evaluación

¡Sus opinioness nos ayudan a mejorar
nuestras ofertas educativas en línea!