



Formulario de solicitud de servicios de nutrición

Última actualización: Julio de 2026

Este programa es para afiliados con afecciones médicas complejas. Al solicitar, use al afiliado del OHP en su hogar que tenga las condiciones médicas más complejas, especialmente quienes sean menores de 6 años o mayores de 65.

Es posible que podamos ayudarle con sus necesidades de salud y alimentación. Ofrecemos servicios como consultas con un nutriólogo, comidas especiales preparadas según sus necesidades, y orientación para aprender a comer de forma más saludable.

Por favor, llene este formulario completo. Envíelo por fax al 503-416-1376 o por correo electrónico a hsrcnx@careoregon.org Si necesita ayuda para llenar este formulario, por favor, llame al 971-236-2998.

Solicitud de convenio de servicios

- ☐ Sí Solicito asistencia de mi plan de salud para determinar si califico para recibir apoyo
☐ No nutricional.

Información del afiliado

Número de identificación de OHP/Medicaid (si se conoce) _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): _____ ¿El afiliado es menor de 18 años? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, por favor, indique el nombre de la persona con quien se debe establecer contacto para cualquier pregunta o la coordinación del beneficio, así como el parentesco o relación con usted:

Nombre (como se muestra en la tarjeta de OHP/Medicaid): _____

Nombre y pronombres de preferencia: _____

Correo electrónico: _____

Nombre del proveedor de atención primaria: _____

Número de personas en su hogar: _____ Ingresos anuales del hogar: _____

Nombres de todos los integrantes de su hogar y si tienen cobertura de OHP:

Nombre	Cobertura de OHP	Nombre	Cobertura de OHP
	☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No
	☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No
	☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No

Necesidades de accesibilidad: ☐ Lenguaje de señas ☐ Braille ☐ Letra grande

☐ Intérprete _____
(por favor indique el idioma)

Si está completando este formulario en representación de un afiliado, por favor introduzca sus datos a continuación:

Nombre: _____

Parentesco o relación con el afiliado: _____ Número de teléfono: _____

Autorizo que se pongan en contacto conmigo (o con la persona que rellena este formulario) en relación con esta solicitud: ☐ Sí ☐ No

Si usted es un proveedor o coordinador de casos involucrado en esta solicitud y desea recibir actualizaciones, por favor incluya lo siguiente:

Nombre e información de contacto: _____

Organización: _____ Soy un: ☐ Coordinador de casos. ☐ Proveedor de HRSN

Tengo OHP/Medicaid con:



*Incluyendo CareOregon, Kaiser, OHSU y Providence

Situación actual

Los siguientes criterios podrían determinar su elegibilidad para recibir apoyo nutricional. Por favor marque todas las casillas que correspondan.

He consultado a un nutriólogo dietista registrado (RDN, Registered dietitian nutritionist) o a un proveedor de atención primaria (PCP, Primary care provider) para desarrollar un plan de atención nutricional. ☐ Sí ☐ No

☐ Estoy pasando por al menos uno de los siguientes cambios de vida: (marque todos los que sean aplicables)

- ☐ Voy a ser elegible para Medicare y el Oregon Health Plan en los siguientes tres meses
- ☐ Hace menos de nueve meses me afilié a Medicare y al Oregon Health Plan por primera vez
- ☐ Actualmente no tengo hogar
- ☐ Podría quedarme sin hogar o perder mi vivienda pronto
- ☐ Recibí atención en un centro de salud mental o de recuperación en los últimos 12 meses
- ☐ He estado involucrado con los servicios de bienestar infantil (cuidado de crianza) en Oregon ahora o en el pasado

- ☐ Salí de una cárcel, centro de detención, institución de la Autoridad Juvenil de Oregon o prisión en los últimos 12 meses
- ☐ Tengo designado el estatus de Adulto Joven con Necesidades Especiales de Atención Médica (YSHCN, Young Adult with Special Health Care Needs) por parte del Oregon Health Plan
- ☐ Ninguno de los anteriores

Módulo de la Encuesta sobre la Seguridad Alimentaria de los Hogares de los Estados Unidos

Por favor, responda las siguientes preguntas.

1. “Los alimentos que compré/compramos simplemente no rindieron y no tenía/teníamos dinero para comprar más”.
En los últimos 12 meses, esto fue:
☐ Frecuentemente cierto ☐ A veces cierto ☐ Nunca cierto ☐ No sé/Me niego a responder
2. “No tenía/teníamos los recursos para consumir alimentos balanceados”
En los últimos 12 meses, esto fue:
☐ Frecuentemente cierto ☐ A veces cierto ☐ Nunca cierto ☐ No sé/Me niego a responder
3. En los últimos 12 meses, ¿usted y/o algún otro adulto en su hogar redujeron alguna vez la porción de sus comidas? ¿Dejaron de comer porque no había suficiente dinero para alimentos?
☐ Sí ☐ No/No sé (pase a la pregunta 5)
3a. En caso de responder Sí, ¿con qué frecuencia sucedió esto?
☐ Casi todos los meses ☐ Algunos meses, pero no todos
☐ Solo 1 o 2 meses ☐ No sé
4. En los últimos 12 meses, ¿comió menos alguna vez porque no tenía suficiente dinero para alimentos?
☐ Sí ☐ No ☐ No sé
5. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez pasó hambre porque no tenía suficiente dinero para alimentos?
☐ Sí ☐ No ☐ No sé

Condiciones médicas

- ☐ Sí ¿Alguna de las siguientes afecciones es aplicable?
☐ No

Por favor marque la(s) casilla(s) que correspondan:

- ☐ Condición de salud física compleja (por favor especifique):

- ☐ Una condición de salud física grave que continúa empeorando y/o que puede poner la vida en peligro. Requiere tratamiento constante, ayuda para mantenerse estable y/o tratamiento para evitar que la condición empeore. Esta condición dificulta llevar una alimentación saludable. Algunos ejemplos incluyen una enfermedad renal crónica, Parkinson y diabetes insulínica dependiente.
- ☐ Condición de salud conductual compleja (por favor especifique):

- ☐ Una condición de salud conductual grave que continúa empeorando y/o que puede poner la vida en peligro. Requiere tratamiento constante, ayuda para mantenerse estable y/o tratamiento para evitar que la condición empeore. Esta condición dificulta llevar una alimentación saludable. Algunos ejemplos incluyen trastorno bipolar, esquizofrenia y trastornos depresivos mayores que hayan requerido hospitalización en los últimos 12 meses.
- ☐ Discapacidad intelectual o del desarrollo (por favor especifique):

- ☐ Dificultad para el cuidado personal y las actividades diarias (por favor especifique):

- ☐ Antecedentes de maltrato o negligencia
- ☐ Uso frecuente de servicios de emergencia o de crisis
- ☐ Embarazo actual o parto en los últimos 12 meses
- ☐ 65 años o más
- ☐ Niños menores de 6 años

Solicitud de asistencia nutricional

Puede solicitar educación nutricional y/o un servicio nutricional de la siguiente lista.

La educación nutricional puede ayudar a los miembros del OHP a comprender cómo elegir alimentos y bebidas saludables. Puede solicitar este servicio junto con otro servicio nutricional o por sí solo.

¿Solicita educación nutricional? ☐ Sí ☐ No

Marque uno de los servicios nutricionales (no puede recibir comidas adaptadas a sus necesidades médicas, el beneficio de frutas y verduras y el beneficio de abastecimiento de despensa al mismo tiempo):

- ☐ Comidas adaptadas a sus necesidades médicas
- ☐ Una caja de frutas y verduras (que puede ser enviada o recogida en lugares especificados)

- ☐ Una tarjeta para frutas y vegetales (para usar en ciertas tiendas de comestibles y lugares autorizados)
- ☐ Caja de abastecimiento de despensa (que puede ser enviada o recogida en lugares especificados)
- ☐ Tarjeta para abastecimiento de despensa (para usar en ciertas tiendas de comestibles y lugares autorizados)
- ☐ Ninguna de las anteriores, solicito educación nutricional

Si seleccionó frutas y verduras o tarjeta para abastecimiento de despensa, por favor elija cómo desea recibir este beneficio: (Si puede utilizar una tarjeta digital con facilidad, seleccione "tarjeta digital". De lo contrario, seleccione "tarjeta física").

- ☐ Tarjeta digital
- ☐ Tarjeta física

¿Tiene necesidades alimenticias debido a su cultura, alergias y/o necesidades médicas? Por favor explique:

Si el afiliado es un bebé, ¿requiere papillas o alimentos especiales (aún no está listo para consumir sólidos)? ☐ Sí ☐ No

¿Se encuentra actualmente imposibilitado para preparar sus comidas debido a su condición de salud? ☐ Sí ☐ No

¿Ha estado hospitalizado recientemente o ha empeorado su salud a causa de su nutrición? ☐ Sí ☐ No

¿Vive actualmente en algún lugar donde le proporcionen las comidas? ☐ Sí ☐ No

¿Está recibiendo el mismo apoyo o uno similar en este momento? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, por favor explique el motivo por el cual realiza esta solicitud:

Para comidas adaptadas a sus necesidades médicas

¿Le gustaría que le contactemos con un nutriólogo registrado para una evaluación? ☐ Sí ☐ No

¿Le ha recomendado algún profesional médico comidas adaptadas a sus necesidades médicas? ☐ Sí ☐ No

¿Ya ha recibido una evaluación? (Se requiere una evaluación para recibir comidas adaptadas a sus necesidades médicas.) ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo ¿cuál es el nombre del proveedor que le realizó la evaluación?

¿Tiene alguna condición médica que requiera una dieta específica? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, por favor explique:

Para frutas y verduras y abastecimiento de despensa

Puedo almacenar los ingredientes de manera segura ☐ Sí ☐ No

Cuento con un lugar para preparar alimentos de manera segura ☐ Sí ☐ No

Los beneficios de frutas y verduras y de abastecimiento de despensa requieren que cada afiliado de su hogar presente una solicitud individual. ¿Presentarán una solicitud otros afiliados de su hogar?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, por favor escriba sus nombres para que podamos procesar las solicitudes de manera eficiente:

Si selecciona la caja de frutas y verduras o la de alimentos de abastecimiento de despensa, por favor proporcione la dirección de entrega y cualquier instrucción específica para el envío de las cajas de alimentos:

Si selecciona la caja de frutas y verduras o la de alimentos de abastecimiento de despensa, ¿cuenta con un lugar seguro para la entrega de las cajas de alimentos? Por favor explique:

¿Ha estado recientemente en el hospital o en la sala de emergencias debido a su condición? ☐ Sí ☐ No

Si está solicitando comidas adaptadas a sus necesidades médicas, por favor incluya la dirección de entrega, cualquier instrucción específica para el envío y por cuánto tiempo desea recibir las comidas (por ejemplo, semanas o meses).

El proceso para revisar y aprobar las solicitudes tarda de 2 a 4 semanas. ¿Este plazo pondría en riesgo su salud? ☐ Sí ☐ No

De ser el caso, por favor indíquelo a continuación. Podemos procurar que la solicitud se procese más rápido en caso de que sea urgente.

Información de contacto

Nos comunicaremos con usted para hablar acerca de esta solicitud. ¿Cómo le gustaría ser contactado(a)?

- ☐ Teléfono (por favor indique su número telefónico): _____
- ☐ Mensaje de texto (indique el número telefónico en caso de ser distinto al anterior):

- ☐ Correo electrónico: _____
- ☐ Otros: _____
- ☐ Favor de contactar a mi representante para hablar acerca de esta solicitud:
 - o Nombre: _____
 - o Teléfono: _____
 - o Dirección postal: _____

Confirmación y aprobación del afiliado

- ☐ Me gustaría que mi plan de salud verifique si califico para recibir asistencias nutricionales.
- ☐ En caso de ser aprobado, acepto recibir los servicios que estoy solicitando.
- ☐ Mi plan de salud puede comunicarse conmigo o con mi proveedor para obtener más información a través de medios electrónicos, incluyendo correo electrónico y/o mensajes de texto, de los cuales puedo darme de baja en cualquier momento.
Mi plan de salud puede revisar mis registros. Esto incluye los registros sobre mis necesidades de atención médica. También podría incluir los registros de mis proveedores de atención médica.
- ☐ Entiendo que mi plan de salud se comunicará conmigo en relación con esta solicitud. También entiendo que mi solicitud puede ser denegada si no he proporcionado suficiente información para procesarla.
- ☐ Según mi leal saber y entender, toda la información que proporcioné en esta solicitud es verdadera, correcta y completa.
- ☐ Si proporciono información falsa o incorrecta, podría enfrentar sanciones previstas en la ley estatal o federal.
Esto podría incluir tener que reembolsar el dinero de cualquier servicio que reciba con motivo de esta solicitud.
- ☐ Acepto el uso de métodos de tecnología de la información para compartir mis datos personales.
- ☐ Si no califico para el beneficio de abastecimiento de despensa, acepto que se evalúe mi elegibilidad para el beneficio de frutas y verduras.

Firma

Por favor firme esta solicitud. Un representante puede firmar este formulario en nombre de un afiliado, incluyendo si éste es menor de edad.

Nombre del afiliado: _____

Firma del afiliado: _____

Nombre del representante: _____

Firma del representante: _____

Fecha: _____

Enviar por fax al: 503-416-1376 o por correo electrónico: hsrcx@careoregon.org

Puede obtener este documento en otros idiomas, letra más grande, braille o en el formato de su preferencia. También tiene derecho a un intérprete. Puede obtener ayuda de un intérprete médico certificado o capacitado. Esta asistencia es gratuita. Llame a su CCO, TTY 711, o hable con su proveedor. Aceptamos todas las llamadas de retransmisión.

Para CareOregon Health Share: 800-224-4840

Para Columbia Pacific CCO: 855-722-8206

Para Jackson Care Connect: 855-722-8208