

Información importante sobre la Salud y Prevención de Discapacidades de Niños (CHDP), Gateway to Health Coverage (Entrada a la Cobertura de Salud)

¡**Bienvenido** al programa CHDP mejorado! Si su hijo cumple con los requisitos, recibirá un examen de salud de CHDP hoy mismo. La información que usted proporciona en la Solicitud previa a la inscripción en CHDP es confidencial y se usará para:

- Determinar si su hijo cumple con los requisitos para el examen CHDP de hoy
- Determinar si su hijo cumple con los requisitos para la cobertura de salud temporal mediante Medi-Cal
- Incluir a su hijo en el sistema de datos confidenciales del Departamento de Servicios de Salud de California

¡Medi-Cal temporal sin costo para usted!

Si su hijo cumple hoy con los requisitos para Medi-Cal temporal, podrá obtener servicios de atención de la salud pagados por Medi-Cal hasta el fin del próximo mes. El servicio incluye atención dental, de la vista, medicamentos bajo receta médica, visitas al médico y más. Si su hijo todavía no tiene una Tarjeta de identificación de beneficios (tarjeta "BIC" o Medi-Cal) le enviaremos una por correo.

¿Cómo puedo seguir teniendo cobertura de salud para mi hijo?

Es posible que su hijo pueda seguir teniendo cobertura de salud gratuita o de bajo costo con Medi-Cal o Healthy Families. Llene una solicitud de Medi-Cal o Healthy Families para continuar la cobertura de salud. Marque "sí" en la solicitud previa a la inscripción en CHDP, y le enviarán una solicitud para Medi-Cal/Healthy Families por correo.

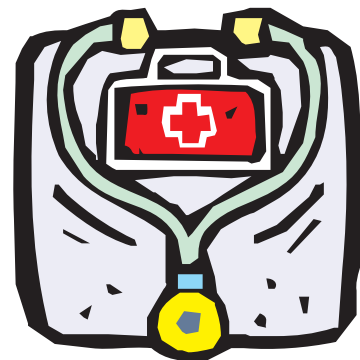
- El uso de cobertura CHDP o Medi-Cal temporal no impide que usted o su hijo obtengan una tarjeta residencia permanente por hacerlos una "carga pública" y no puede impedir que usted o su hijo se hagan ciudadanos de los Estados Unidos.

¿Qué pasa si mi hijo no cumple con los requisitos para Medi-Cal o Healthy Families?

Su hijo puede todavía ser elegible para exámenes de salud de CHDP y Medi-Cal temporal.

Si su hijo no cumple con los requisitos para el examen de CHDP hoy, es posible que califique para otros programas de salud. Póngase en contacto con el Programa CHDP en el departamento de salud de su condado para obtener más información.

Con un seguro de salud su hijo puede obtener la atención médica que necesita cuando está enfermo y la atención que necesita para permanecer sano.



Solicitud de Pre-inscripción al Programa de Salud Infantil y Prevención de Discapacidades (CHDP) (Child Health and Disability Prevention (CHDP) Program Pre-Enrollment Application)

Instrucciones para el padre/madre o paciente:

- De modo que pueda recibir hoy un examen de salud sin costo, usted debe proporcionar la información requerida en este formulario. La información que usted brinde es confidencial. Este es un programa voluntario.

¿Tiene el paciente menos de 19 años de edad? Sí No

¿Cuántas personas hay en su familia? _____

¿Qué cantidad de dinero recibe su familia antes de descontar los impuestos? \$ _____ Mensualmente o \$ _____ anualmente

- Usted o su hijo podría ser elegible para recibir la cobertura de atención de la salud continuada a través de Medi-Cal o los programas de asistencia para el pago de primas dentro de Covered California.

Deseo solicitar la cobertura continuada a través de Medi-Cal o el programa de asistencia para el pago de primas dentro de Covered California. Sí No

Si contestó que *sí* a esta pregunta, se le enviará un formulario de solicitud en unos días. Por favor devuélvalo rápidamente. Si usted contestó que *no* a esta pregunta (o si usted contestó que *sí* pero no devuelve la solicitud), la cobertura del paciente para los beneficios de salud, dentales y de la visión terminará al finalizar el mes siguiente salvo que el Department of Social Services le notifique lo contrario.

Información del paciente

¿Tiene el paciente una State of California Benefits Identification Card (BIC) o tarjeta de Medi-Cal? Sí No

Si respondió que *sí*, ¿cuál es el número de la tarjeta BIC (si está disponible)? _____

Nombre del paciente—Apellido		Primer nombre		Inicial del segundo nombre	
Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		Número de seguro social del paciente (SSN) <i>(opcional)</i>		

Si se trata de una persona sin hogar, marque aquí. Introduzca la ubicación general en la sección de "Domicilio" y llene la sección de "Dirección postal".

Domicilio		Número de apartamento	Ciudad	Estado	Código postal
País de residencia					
Dirección postal (si es diferente al domicilio)		Número de apartamento	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre de la madre—Apellido		Primer nombre		Inicial del segundo nombre	

Para los pacientes menores de un año de edad, por favor complete esta sección.

Fecha de nacimiento de la madre (mes/día/año)	Número de la tarjeta BIC o de la tarjeta de Medi-Cal o el número de seguro social de la madre
---	---

Información del padre/tutor legal

Nombre del padre/tutor legal o paciente menor de edad emancipado—Apellido		Primer nombre		Inicial	
Número de teléfono de casa ()	Número de teléfono del trabajo ()		Número de teléfono para mensajes ()		
¿Qué idioma habla en casa?			¿Qué idioma lee mejor?		

Certificación

Estoy solicitando hoy un examen de salud de CHDP. Certifico que he leído y entiendo la información en este formulario. Declaro que la información que he proporcionado es verdadera, correcta y completa.

Firma del padre/tutor o menor de edad emancipado	Relación con el paciente	Fecha
--	--------------------------	-------

Las personas tienen el derecho de revisar los registros que contienen su información personal. El organismo oficial responsable de mantener la información es el Department of Health Care Services, MS 8100, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413. Una copia de esta información podría ser compartida con el Department of Social Services en el condado en que usted reside y será mantenida con el expediente médico de su hijo por parte del proveedor de CHDP.

Programa de Vacunas para los Niños (VFC)

Formulario para determinar la elegibilidad del paciente

Sector Privado

Favor de escribir a máquina o en letra de molde	Fecha:
Nombre del niño(a)	
Apellido _____	Nombre de pila _____
Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____	
mes	día
año	
Padre/tutor, guardián	
Apellido _____	Nombre de pila: _____
Nombre del proveedor de servicios médicos:	

El niño(a) nombrado arriba califica para recibir las vacunas por el programa VFC porque su padre/tutor declara que:

Escoja sólo uno de los siguientes. (Nota: Si el niño(a) califica en más de una categoría, marque sólo la primera.)

____ 1. Es elegible para el Programa de Salud de Niños y Jóvenes para Prevención de Incapacidades (CHDP) o Medi-Cal; o

____ 2. No tiene seguro de salud particular; o

____ 3. Es indio norteamericano o nativo de Alaska.

El niño nombrado arriba no califica para vacunas del programa VFC. (Este incluye los niños que tengan seguro de salud ya sea que pague las vacunas o no, y suscriptores al "Healthy Families Program.")

Notas

1. Este formulario documenta el estado de elegibilidad del niño(a) nombrado arriba quien fue vacunado con vacuna(s) comprada por de programa VFC.
2. Se puede usar este mismo formulario para todas las visitas del niño en el futuro, siempre que no cambie el estado de elegibilidad.
3. El proveedor de servicios médicos debe guardar este formulario para el niño elegible para VFC por no menos de 3 años y tenerlo disponible para funcionarios del gobierno estatal o federal si se lo piden. Si se usa este formulario para vacunas del programa VFC en el futuro, el período de 3 años empieza en la fecha de la última vacuna dada del programa VFC. (Para los niños no elegibles para el programa VFC, la retención del formulario es opcional.)
4. Este formulario puede ser llenado por el padre o tutor del niño (o por el paciente mismo si tiene 18 años o más o es menor independiente).
5. No es necesario verificar las respuestas.

Programa de California Para la Salud y Prevención de Incapacidades en Niños (CHDP)

CONSENTIMIENTO

Por este medio doy mi permiso para que _____ reciba un examen de salud e
(Nombre del paciente)
inmunizaciones recomendadas por CHDP de _____
(Nombre del proveedor)

Por este medio doy mi autorización para dar información tocante a los resultados del examen al personal de CHDP. También doy mi autorización dar información a los siguientes lugares señalado(s) abajo.

Yo entiendo que la información dada al personal de CHDP se mantendrá estrictamente confidencial y se usará solamente para facilitar la provisión de servicios de salud, y permitir la colección de estadísticas tocantes a los resultados de estos exámenes.

Escuela

Nombre _____

Dirección (número, calle)	Ciudad	Estado	Código postal

Proveedor de servicios de salud

Nombre _____

Dirección (número, calle)	Ciudad	Estado	Código postal

Otro

Nombre _____

Dirección (número, calle)	Ciudad	Estado	Código postal

Nombre del padre o madre, acudiente, o menor de edad emancipado _____

Firma del padre o madre, acudiente, o menor de edad emancipado _____

Fecha _____

Screening Provider: This form, signed by parent, guardian, or emancipated minor, must be retained in patient's file.

Parent Questionnaire Lead Exposure Risk Assessment

Does your child eat Tamarind candy or lick candy wrappers? ¿Come su niño(a) dulce de tamarindo o chupa la cubierta?	Yes Si	No No
Does your child eat foods or candies with Chile spice? ¿Come su niño(a) comidas o dulces con especias de chile?	Yes Si	No No
Does your child eat dried grasshoppers? ¿Come su niño(a) chapulines?	Yes Si	No No
Do you use pottery containers to prepare or store your food? ¿Usa usted vajillas de cerámica para preparar o guardar su comida?	Yes Si	No No
Does your child wear toy metal necklaces, rings, bracelets, or Medallions? ¿Usa su niño(a) collares, anillos, brazaletes o medallas de metal para jugar?	Yes Si	No No
Do you give your child any home remedies such as “Greta” or “Azarcón”? ¿Le da usted a su niño(a) remedios caseros como Greta o Azarcón?	Yes Si	No No
Did you (mom) chew on pottery or clay or other non-foods while pregnant? ¿Usted (la madre) masticaba la cerámica o algo que no es comida mientras estaba embarazada?	Yes Si	No No
Do you live in a place built before 1978 or that has chipped paint peelings? ¿Vive usted en una casa que fue construida antes de 1978 o tiene pintura que esta escarapelada o astillada?	Yes Si	No No