

DECLARACIÓN SUPLEMENTARIA DE INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE DE MEDI-CAL — ÚNICAMENTE PARA NIÑOS MENORES DE 18 AÑOS (MC 223C)

INSTRUCCIONES

ANTES de comenzar, lea TODA la información que aparece a continuación. Si tiene alguna pregunta sobre este formulario o si necesita ayuda para llenarlo, llame a su agencia de servicios sociales del condado.

La información que usted proporcione en este formulario será usada por California Department of Social Services, Disability Determination Service Division. Esta agencia tomará la decisión sobre discapacidad en la solicitud de Medi-Cal del niño o niña. Para poder tramitar el caso del niño(a) más rápido, llene la mayor cantidad de información posible en este formulario.

Todas las preguntas en este formulario se refieren al niño o niña - proporcione información acerca de él/ella, no de usted.

- Escriba a máquina o en letra de molde clara
- Conteste todas las preguntas por completo
- No se salte preguntas. Si no sabe la respuesta a las preguntas, no las deje en blanco. Escriba “ninguno”, “no sé” o “no aplica”.

Indique solamente un hospital/clínica o un solo doctor/terapeuta en cada sección de la Parte 5 - Información de Salud. Asegúrese de proporcionar la información siguiente:

- Nombre completo del hospital/clínica y del doctor/terapeuta
- Dirección
- Número del hospital/clínica del niño o niña.

Si el solicitante no es un niño o una niña menor de 18 años, debe usar un formulario que es específico para adultos (MC 223), el cual puede obtener en su agencia de servicios sociales del condado.

Información acerca de la Autorización para la Divulgación de Información (MC 220)

- Proporcione, por favor, una Autorización para la Divulgación de Información (**MC 220**) para cada doctor, hospital, clínica o terapeuta que usted haya indicado en este formulario.
- Usted debe firmar en su nombre (no el nombre del niño) en la línea de “Autorización para Divulgación Individual” del formulario **MC 220** y marcar la casilla correspondiente (Padre del menor, Tutor u Otro representante). Firme cada **MC 220**—no firme un formulario y luego saque fotocopias.
- Si comete un error debe comunicarse con el condado para recibir un nuevo formulario de divulgación. No use corrector ni haga correcciones en la Autorización para la Divulgación de Información (**MC 220**).
- Si la persona que firma la autorización debe firmar con una “X” o una “marca”, la “X” o la “marca” debe acompañarse de la firma de un testigo y el parentesco entre el testigo y la persona que autoriza la divulgación de información.
- Cualquier niño(a) que haya cumplido **12** años debe firmar su propia Autorización para la Divulgación de Información (**MC 220**) si su discapacidad está vinculada a los servicios disponibles a través del programa de Consentimiento de Menores. El menor debe firmar el formulario **MC 220** y se debe marcar la casilla de “Servicios de Consentimiento de Menores Únicamente”.

Es necesario llenar un formulario MC 223C para cada niño(a) para el cual se solicita Medi-Cal en base a una discapacidad. Empiece a llenar el formulario en la página 2.

DECLARACIÓN SUPLEMENTARIA DE INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE DE MEDI-CAL ÚNICAMENTE PARA NIÑOS MENORES DE 18 AÑOS

<i>County Use Only</i>		
County Number	Aid Code	Case Number

PARTE 1—INFORMACIÓN PERSONAL

A. Nombre del Niño o Niña (primer, segundo, apellidos)	B. Número de Social Security	C. Fecha de Nacimiento
---	-------------------------------------	-------------------------------

D. Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	E. Altura Pies _____ Pulgadas _____	F. Peso en Libras
--	---	--------------------------

G. ¿Con quién vive el niño o niña?

Nombre	Parentesco	Número de Teléfono	<input type="checkbox"/> No tiene teléfono
Dirección de Casa (número, calle)	Ciudad	Estado	Código Postal

H. Dirección Postal (si es diferente a la de casa)

Dirección (número, calle)	Ciudad	Estado	Código Postal
---------------------------	--------	--------	---------------

I. Persona que llena la solicitud por el niño o niña

Nombre	Parentesco	Número de Teléfono	<input type="checkbox"/> No tiene teléfono
Número para Recibir Mensajes		Nombre de la persona para dejar un mensaje	

J. ¿Qué idioma/dialecto habla y lee mejor la persona que llena la solicitud por el niño o niña?

PARTE 2—ENFERMEDADES, LESIONES O PROBLEMAS DE SALUD DEL NIÑO O NIÑA

A. ¿Cuáles son las enfermedades, lesiones o problemas de salud del niño o niña?	¿Cuándo empezaron? (mes/año)

County Use Only

PARTE 3— INFORMACIÓN DEL SOCIAL SECURITY/SSI

County Use Only

A. ¿Ha solicitado el niño o niña discapacidad al Social Security o beneficios por discapacidad de Supplemental Security Income (SSI) en los últimos dos años?

<input type="checkbox"/> Sí	Si la respuesta es Sí, responda la pregunta siguiente; si la respuesta es No, pase a la Parte 4.
<input type="checkbox"/> No	

B. El estado de la solicitud de discapacidad al Social Security o SSI:

<input type="checkbox"/> Aprobada Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Denegada Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Desconocido
<input type="checkbox"/> En Apelación Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Pendiente Fecha: _____	

C. ¿Ha empeorado el problema o problemas de salud del niño(a) desde esta decisión?

<input type="checkbox"/> Sí	Si la respuesta es Sí, explique por favor:
<input type="checkbox"/> No	

D. ¿Tiene el niño(a) algún problema de salud nuevo desde la fecha en que fue denegada la solicitud de discapacidad del Social Security/SSI?

<input type="checkbox"/> Sí	Si la respuesta es Sí, ¿qué problemas y cuándo empezaron?
<input type="checkbox"/> No	

PARTE 4—INFORMACIÓN ESCOLAR Y FUENTES ESPECIALES

A. ¿Alguna vez ha sido examinado o evaluado el niño(a) por cualquiera de las agencias siguientes? O, ¿alguna de estas agencias tiene registros de salud o información acerca del niño(a)?

Centros Regionales (Regional Centers)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Servicios Infantiles de California (California Children's Services)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Centro de Evaluación Evolutiva (Developmental Evaluation Center)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Programa de Mujeres, Infantes y Niños (Women, Infants, and Children Program, WIC)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Agencia de Servicios de Salud Mental (Mental Health Agency)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Cualquier Otra Agencia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

(MC 220) signed

B. Si contestó que Sí a alguna de las preguntas anteriores, llene la información siguiente.

1. Nombre de la Agencia		Número de Teléfono de la Agencia	
Dirección (número, calle)	Ciudad	Estado	Código Postal
Nombre del Asesor(a), Trabajador(a) Social, Terapeuta, etc.		Número de Teléfono	
Tipo de examen o evaluación, si hubo alguna (por ejemplo, vista, oído, habla, físico, psicológico)			
Fecha del Examen o Evaluación		Número de ID del Niño o de Reclamo	

2. Nombre de la Agencia		Número de Teléfono de la Agencia	
Dirección (número, calle)	Ciudad	Estado	Código Postal
Nombre del Asesor(a), Trabajador(a) Social, Terapeuta, etc.		Número de Teléfono	
Tipo de examen o evaluación, si hubo alguna (por ejemplo, vista, oído, habla, físico, psicológico)			
Fecha del Examen o Evaluación		Número de ID del Niño o de Reclamo	

County Use Only

(MC 220) signed

C. ¿Asiste el niño(a) a algún tipo de programa preescolar, guardería o programa después de la escuela?

<input type="checkbox"/> Sí	Si la respuesta es Sí, por favor llene la información siguiente:
<input type="checkbox"/> No	

(MC 220) signed

Nombre del Programa		Número de Teléfono	
Dirección (número, calle)	Ciudad	Estado	Código Postal
Contacto	Fechas en que Asistió		

D. ¿Está/estaba el niño en la escuela?

<input type="checkbox"/> Sí	Si la respuesta es Sí, por favor llene la información siguiente:
<input type="checkbox"/> No	

1. Nombre de la Escuela		Número de Teléfono	
Dirección (número, calle)	Ciudad	Estado	Código Postal
Nombre del Profesor(a):			
2. Nombre de la Escuela		Número de Teléfono	
Dirección (número, calle)	Ciudad	Estado	Código Postal
Nombre del Profesor(a):			

(MC 220) signed

(MC 220) signed

E. ¿Ofrece la escuela condiciones especiales para el niño(a) (por ejemplo: mobiliario adaptativo, rampas para silla de ruedas, ayuda o atención adicional)?

<input type="checkbox"/> Sí	Si la respuesta es Sí, ¿qué tipo de condiciones?
<input type="checkbox"/> No	

F. ¿Está el niño en un programa de educación especial?

<input type="checkbox"/> Sí	Si la respuesta es Sí, ¿qué tipo de programa de educación especial?
<input type="checkbox"/> No	

G. ¿Tiene usted una copia del Individualized Education Plan (IEP—el informe en el cual el profesor(a) resume los problemas del niño(a) y enumera los planes para su corrección)?

County Use Only

<input type="checkbox"/> Sí	Si la respuesta es Sí, por favor proporcione una copia.
<input type="checkbox"/> No	

(MC 220) signed

H. ¿Recibe el niño(a) alguna consejería u orientación especial?

<input type="checkbox"/> Sí	Si la respuesta es Sí, llene la información siguiente (si necesita más espacio, puede agregar páginas):
<input type="checkbox"/> No	

¿Se recibe la consejería u orientación en la escuela?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Se recibe la consejería u orientación fuera de la escuela?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Si la respuesta es Sí, por favor llene la información siguiente:

Nombre del Consejero(a) o Tutor(a)		Número de Teléfono	
Dirección (número, calle)	Ciudad	Estado	Código Postal
Frecuencia de las Visitas	Fecha en que la terapia empezó	Fecha en que la terapia terminó (si se ha completado)	

I. ¿Recibe/recibió el niño(a) alguna terapia especial (física, del habla y el lenguaje, ocupacional) o algún otro servicio para sus enfermedades o lesiones? Incluya información sobre cualquier terapia que el niño(a) reciba de sus padres, tutor, cuidador o en la escuela.

<input type="checkbox"/> Sí	Si la respuesta es Sí, por favor llene la información siguiente sobre la terapia:
<input type="checkbox"/> No	

1. Nombre del Terapeuta:		Número de Teléfono	
Dirección (número, calle)	Ciudad	Estado	Código Postal
Persona que prescribió/diseñó la terapia	Tipo de Terapia		
Frecuencia de las Visitas	Fecha en que la terapia empezó	Fecha en que la terapia terminó (si se ha completado)	

(MC 220) signed

2. Nombre del Terapeuta:		Número de Teléfono	
Dirección (número, calle)	Ciudad	Estado	Código Postal
Persona que prescribió/diseñó la terapia	Tipo de Terapia		
Frecuencia de las Visitas	Fecha en que la terapia empezó	Fecha en que la terapia terminó (si se ha completado)	

(MC 220) signed

PARTE 5—INFORMACIÓN DE SALUD

County Use Only

A. ¿Ha visitado el niño(a) una clínica u hospital en los últimos 12 meses debido a cualquier enfermedad, lesión o problema de salud?

- Sí
 No

Si la respuesta es No, pase a la Parte 6. Si la respuesta es Sí, por favor conteste lo siguiente en su totalidad:

1. Nombre del Hospital/Clínica	Tipo de Visita(s)	Fechas	
	<input type="checkbox"/> Hospitalización (se quedó por la noche)	Ingreso	Salida
	<input type="checkbox"/> Paciente Externo (fue enviado a casa el mismo día)		
	<input type="checkbox"/> Visita a la Sala de Emergencias		
Dirección (número, calle)	Ciudad	Estado	Código Postal
Número de Teléfono	Número de Expediente del Hospital/Clínica		

(MC 220) signed

Razón para la Visita

¿Qué tratamiento recibió el niño(a)?

¿Qué doctor(es) atendieron al niño(a) con regularidad?

2. Nombre del Hospital/Clínica	Tipo de Visita(s)	Fechas	
	<input type="checkbox"/> Hospitalización (se quedó por la noche)	Ingreso	Salida
	<input type="checkbox"/> Paciente Externo (fue enviado a casa el mismo día)		
	<input type="checkbox"/> Visita a la Sala de Emergencias		
Dirección (número, calle)	Ciudad	Estado	Código Postal
Número de Teléfono	Número de Expediente del Hospital/Clínica		

(MC 220) signed

Razón para la Visita

¿Qué tratamiento recibió el niño(a)?

¿Qué doctor(es) atendieron al niño(a) con regularidad?

Si necesita más espacio, por favor use la Parte 9 —Observaciones (página 9). No olvide firmar la Autorización para la Divulgación de Información (MC 220) para el/los hospital(es) o clínica(s) que indicó en la página 6.

County Use Only

B. ¿Fue atendido el niño(a) en los últimos 12 meses por algún doctor/terapeuta que no haya sido nombrado en la Sección A?

(MC 220) signed

1. Nombre del Doctor o Terapeuta		Número de Teléfono	
----------------------------------	--	--------------------	--

Dirección (número, calle)	Ciudad	Estado	Código Postal
---------------------------	--------	--------	---------------

Fecha de la Primera Visita	Fecha de la Última Visita	Fecha de la Cita Siguiente
----------------------------	---------------------------	----------------------------

Razón(es) para la Visita

¿Qué tratamiento recibió el niño(a)?

(MC 220) signed

2. Nombre del Doctor o Terapeuta		Número de Teléfono	
----------------------------------	--	--------------------	--

Dirección (número, calle)	Ciudad	Estado	Código Postal
---------------------------	--------	--------	---------------

Fecha de la Primera Visita	Fecha de la Última Visita	Fecha de la Cita Siguiente
----------------------------	---------------------------	----------------------------

Razón(es) para la Visita

¿Qué tratamiento recibió el niño(a)?

PARTE 6—MEDICAMENTOS

County Use Only

¿Toma el niño(a) actualmente algún medicamento recetado para alguna enfermedad, lesión o problema médico?

<input type="checkbox"/> Sí	Si la respuesta es Sí, indique lo siguiente:
<input type="checkbox"/> No	

Medicamento Recetado	Nombre del Doctor(a)	Motivo del Medicamento	Efectos Secundarios, si los hay

Si el niño(a) tiene otros medicamentos recetados, enumérelos en la Parte 9—Observaciones

PARTE 7—PRUEBAS

County Use Only

¿Se le han realizado al niño(a) o le realizarán pruebas de salud por alguna enfermedad, lesión o problemas médicos?

(MC 220) signed

- Sí
- No

Si la respuesta es Sí, indique lo siguiente:

Tipo de Prueba	¿Cuándo fue/será hecha la prueba? (mes, año)	¿Dónde se realizó la prueba? (Nombre del centro o institución)	¿Quién envió al niño(a) para esta prueba?
EKG (Prueba Cardíaca)			
Treadmill (Prueba de Esfuerzo)			
Cardiac Catheterization			
Biopsy (Name of Body Part)			
Speech/Language			
Hearing Test			
Vision Test			
IQ Test			
EEG (Electroencefalograma)			
HIV Test			
Blood Test (Not HIV)			
Breathing Test			
X-Ray (Name of Body Part)			
MRI/CAT Scan (Name of Body Part)			

Si el niño(a) ha tenido otras pruebas, enumérelas en la Parte 9—Observaciones

PARTE 8—HISTORIAL LABORAL

(MC 220) signed

¿Ha trabajado alguna vez el niño(a)?

- Sí
- No

Si la respuesta es Sí, llene lo siguiente:

Fechas Trabajadas

Nombre del Empleador

Dirección (número, calle)

Ciudad

Estado

Código Postal

Número de Teléfono

Nombre del Supervisor

