

## Formulario de Referencia para Recién Nacidos

El formulario de referencia de recién nacidos se utiliza para ayudar a padres elegibles para Medi-Cal a informar a Medi-Cal del nacimiento de su hijo(s). Al completar la información de este formulario, usted ayuda al condado a confirmar la elegibilidad del recién nacido para que pueda comenzar a recibir los servicios de Medi-Cal. Envíe este formulario por correo o fax al condado. La información del condado se encuentra en el reverso de este formulario. Usted deberá informar al condado de cualquier cambio en el hogar; por favor envíe esta información cuanto antes. Los padres también pueden informar del nacimiento por teléfono al trabajador de elegibilidad. Si usted actúa en nombre de alguno de los padres, y no es su cónyuge, familiar o tutor, usted deberá incluir su firma e información de identificación en Section C. Si es aplicable, indique el número de la tarjeta de identificación de beneficios (BIC) asignado al recién nacido (**opcional**).

**SECTION A** *Se podrá utilizar la tarjeta Medi-Cal de los padres durante el mes de nacimiento y el mes siguiente para los servicios y la facturación para el recién nacido.*

Nombre del padre (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)		Fecha de nacimiento del padre	BIC o SSN	
Dirección postal (número y calle) o localidad			Condado	
Ciudad	Estado	Código Postal	Número de teléfono	Correo electrónico

**SECTION B Recordatorio:** *Un niño nacido de padres con beneficios restringidos es elegible para los beneficios completos.*

Nombre del recién nacido (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<i>Opcional</i> — Número de BIC
Nombre del recién nacido <b>2</b> (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<i>Opcional</i> — Número de BIC
Nombre del recién nacido <b>3</b> (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<i>Opcional</i> — Número de BIC
Nombre del recién nacido <b>4</b> (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<i>Opcional</i> — Número de BIC
Nombre del recién nacido <b>5</b> (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<i>Opcional</i> — Número de BIC

Dónde nació (nombre del hospital, nombre de la clínica, etc.)

Dirección (número y calle, si dispone de esta información)	Ciudad	Estado	Código Postal
--	--------	--------	---------------

*Por la presente documento autorizo que se comunice esta información a Department of Social Services del condado o al departamento de bienestar social del condado.*

Fecha de la solicitud	Firma del padre/madre/familiar/tutor (del recién nacido) <input type="checkbox"/>
-----------------------	--

**SECTION C** *(Complete esta sección en caso de que el formulario haya sido completado por una persona que no sea padre, familiar o tutor).*

Completado por (ESCRIBA LETRA DE MOLDE)	Agencia/Cargo	
Número de identificación nacional del proveedor (NPI) (Si es proveedor de Medi-Cal/hospital/clínica/grupo, etc.)	Número de teléfono	Correo electrónico

*Certifico que, según mi leal saber y entender, la información indicada está verificada y es exacta.*

Firma (persona que no sea padre, familiar o tutor) <input type="checkbox"/>	Fecha en que se completó
--	--------------------------

Si tiene dudas sobre facturación del proveedor o sobre cómo se factura por los recién nacidos, llame a Telephone Service Center al 1-800-541-5555.

**Escanee el siguiente código para encontrar la información de contacto de la oficina de Medi-Cal de su condado:**



<https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx>