



## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Formulario del Estado 57467 (7-24)

INDIANA DEPARTMENT OF HEALTH

CHILDREN'S SPECIAL HEALTH CARE SERVICES

ESTE FORMULARIO CONTIENE INFORMACIÓN  
CONFIDENCIAL DE ACUERDO CON LA LEY 410 IAC 3.2-10 y  
410 IAC 3.1-2-18.

\* Esta agencia solicita la información del número de su seguro social de acuerdo la Ley 410 IAC 3.2; compartir esta información es voluntaria y no se le penalizará si se niega compartir esta información.

**INSTRUCCIONES:** Por favor, escriba con letra imprenta toda la información utilizando tinta azul o negra

Condado de residencia del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha de la solicitud (mes/día/año): \_\_\_\_\_

¿Están los padres, el tutor o el solicitante con una visa en los EE. UU?  Sí  No ¿Está el solicitante bajo protección del estado?

Sí  No

Correo electrónico del padre, tutor o del solicitante: \_\_\_\_\_

¿Ha utilizado el solicitante un nombre diferente o un apodo en el pasado?  Sí  No

Idioma principal que se habla en casa:  Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_

**SÓLO PARA EL USO DE CSHCS:** Fecha válida (mes/día/año): \_\_\_\_\_ Número clave de CSHCS: \_\_\_\_\_

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_ Apellido(s) \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (mes/día/año): \_\_\_\_\_

Condición médica del solicitante: \_\_\_\_\_

Número del seguro social\*: \_\_\_\_\_  M  F Raza: \_\_\_\_\_ Etnia: \_\_\_\_\_

Dirección actual del domicilio (número y nombre de la calle): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la casa: ( ) \_\_\_\_\_ Número de teléfono del trabajo: ( ) \_\_\_\_\_

Nombre del padre o de la madre, o del tutor: \_\_\_\_\_

Dirección actual del domicilio (número y nombre de la calle): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la casa: ( ) \_\_\_\_\_ Otro número de teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

Número de teléfono del trabajo: ( ) \_\_\_\_\_

Nombre del padre o de la madre, o del tutor: \_\_\_\_\_

Dirección actual del domicilio (número y nombre de la calle): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la casa: ( ) \_\_\_\_\_ Otro número de teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

Número de teléfono del trabajo: ( ) \_\_\_\_\_

\*Nombre de la persona que está completando la solicitud que no sea el padre o la madre, el tutor, o el solicitante:

Agencia: \_\_\_\_\_

Dirección actual (número y nombre de la calle): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Número de Fax: ( ) \_\_\_\_\_

\*EL FORMULARIO DE HIPAA EN LA PÁGINA 11 ESTÁ COMPLETO Y ADJUNTO:

SÍ  NO

# MIEMBROS DEL HOGAR E INFORMACIÓN DE INGRESOS

Parte del Formulario del Estado 57467 (7-24)

\* Esta agencia solicita la información del número de su seguro social de acuerdo con la Ley 410 IAC 3.2; compartir esta información es voluntaria y no se le penalizará si se niega a proveer esta información.

Enumere todas las personas, incluyendo al solicitante, que viven en su hogar y proporcione la información solicitada para cada individuo. Esto incluye a los hijos que están en la universidad. Utilice páginas adicionales si es necesario.

Nombre	Relación con el solicitante	Fecha de Nacimiento (mes/día/año)	Sexo	Raza	Etnia	Número del seguro social*	Fecha de solicitud de HHW o del Medicaid (mes/día/año)	¿Tiene otros seguros? S/N

Número de personas en el hogar: \_\_\_\_\_

La verificación de los ingresos se debe proporcionar para todas las personas que reciben ingresos en el hogar (por ejemplo, si están o no están relacionados). Incluya copias de toda la documentación que demuestre los ingresos de todos en su casa. Se prefiere la documentación de los tres (3) últimos talonarios de cheques de pago de todos los miembros de su hogar. Otra documentación que se acepta es una carta del empleador (con membrete de la empresa) firmada y con fecha, que muestre cuánto gana y con qué frecuencia recibe su pago. Si trabaja por su cuenta y tiene otros ingresos que no se reflejan en sus talonarios de pago, debe proporcionar una copia del último formulario de los impuestos federales 1040 de todos los miembros del hogar u otros documentos que puedan verificar los ingresos. Puede ser que se le soliciten otros documentos.

NOMBRES DE LAS PERSONAS QUE RECIBEN INGRESOS →→→→ <i>Si es necesario utilice páginas adicionales</i>	1		2		3	
	Monto bruto	Frecuencia de pago	Monto bruto	Frecuencia de pago	Monto bruto	Frecuencia de pago
Salarios, honorarios, comisiones, propinas o beneficios por incapacidad						
Seguro Social, Seguro por Incapacidad (SSD, por sus siglas en inglés) o Seguro de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés)						
Dividendos e intereses de ahorros						
Compensación por desempleo y beneficios de huelga						
Pensión alimenticia, manutención infantil, Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés). Por favor, proporcione la documentación necesaria						
Contribuciones recibidas regularmente por personas que no viven en el hogar (proporcione el nombre, la declaración firmada y el monto)						
Otros ingresos no mencionados anteriormente que incluyen: asistencia fiduciaria, ingresos por alquileres, pensiones, anualidades, fideicomisos, regalías, herencias, compensación militar, subsidio de adopción						

Si no tiene ingresos, ¿cómo paga sus cuentas? (Proporcione declaraciones escritas y firmadas): \_\_\_\_\_

SÓLO PARA USO DE CSHCS: Ingreso total del hogar \$ \_\_\_\_\_

Fecha (mes/día/año): \_\_\_\_\_

(Firma de la agencia o del personal de CSHCS)

# INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

Parte del Formulario de Estado 57467 (7-24)

Complete un nuevo formulario para cada cobertura de seguro

Instrucciones: Complete un nuevo formulario para cada cobertura de seguro y envíe copia por delante y por detrás de la tarjeta de seguro

## MEDICAID

Marque el programa en el que el solicitante está actualmente inscrito <input type="checkbox"/> Hoosier Healthwise <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> N/A	<i>Si el solicitante está inscrito en uno de estos programas, complete la pregunta dos (2) de esta página a continuación</i>
¿Tiene el solicitante cobertura de un seguro privado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<i>Si el solicitante tiene un seguro privado, complete las preguntas del 3 al 6 a continuación</i>

## 1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre	Fecha de nacimiento (mes/ día/ año)
--------	-------------------------------------

## 2. INFORMACIÓN DE COBERTURA HOOSIER HEALTHWISE, MEDICAID O MEDICARE

Número de identificación	Fecha de vigencia de la cobertura (mes/día/año)	Fecha de vencimiento de la cobertura (mes/ día/año)
--------------------------	---	---

## SEGURO PRIVADO

## 3. INFORMACIÓN DE COBERTURA DEL SEGURO DE SALUD PRIVADO

Nombre del asegurado	Relación
Dirección del domicilio, si es diferente al del solicitante (Número y nombre de la calle, ciudad, estado y código postal)	

## 4. INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Nombre de la compañía	Número de teléfono ( )
Dirección de cobro (Número y nombre de la calle, ciudad, estado y código postal)	
Tipo de seguro <input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> Secundario	Tipo de cobertura (marque todas las que aplique) <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Póliza HMO <input type="checkbox"/> Farmacia
La cobertura es (marque una respuesta) <input type="checkbox"/> A través del empleador	<input type="checkbox"/> Comprado por el solicitante <input type="checkbox"/> Sindicato <input type="checkbox"/> Póliza de HMO <input type="checkbox"/> Póliza de PPO

## 5. INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA – Incluya una copia por delante y por detrás de la tarjeta del seguro

Número de póliza	Número de miembro o de identificación	Fecha de vigencia de la cobertura de la póliza del solicitante (mes/día/año)	Fecha de vencimiento (mes/ día/año)
------------------	---------------------------------------	--	-------------------------------------

## 6. INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Nombre del empleador	Fecha de inicio (mes/día/año)
Dirección (Número y nombre de la calle, ciudad, estado y código postal)	Número de teléfono ( )

## PLANES MÉDICOS

Número de la póliza	Número de miembro o de identificación	Fecha de vigencia de la cobertura de la póliza del solicitante (mes/día/año)	Fecha de vencimiento (mes/ día/año)
VISIÓN	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	IDENTIFICACIÓN DEL MIEMBRO: _____	
DENTAL	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Fecha de vigencia (mes/día/año): _____	
MEDICAMENTOS	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
OTRO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		

# INFORMACIÓN SOBRE EL HISTORIAL MÉDICO

Parte del Formulario de Estado 57467 (7-24)

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (mes/día/año): \_\_\_\_\_

Información sobre la atención médica que ha recibido en los últimos doce (12) meses (puede copiar páginas adicionales de esta sección según sea necesario). Comparta la información del médico de cabecera y todos los proveedores del cuidado de salud del niño, incluya las vacunas y las enfermedades. Comparta la información del dentista (si tiene), las clínicas y otros proveedores de atención médica según el tipo de especialidad.

<b>Nombre del médico de cabecera</b>	Nombre del grupo
Dirección (número y nombre de la calle): Ciudad, estado, código postal:	Número de teléfono: (      ) Número de fax: (      )
Razones de las visitas	Fecha de la última visita (mes/día/año)
<b>Nombre del dentista</b>	Nombre del grupo
Dirección (número y nombre de la calle): Ciudad, estado, código postal:	Número de teléfono: (      ) Número de fax: (      )
Razones de las visitas	Fecha de la última visita (mes/día/año)
<b>Nombre del proveedor especializado</b>	Nombre del grupo
Dirección (número y nombre de la calle): Ciudad, estado, código postal:	Número de teléfono: (      ) Número de fax: (      )
Razones de las visitas	Fecha de la última visita (mes/día/año)
<b>Proveedor especializado</b>	Nombre del grupo, hospital o sala de emergencias
Dirección (número y nombre de la calle): Ciudad, estado, código postal:	Número de teléfono: (      ) Número de fax: (      )
Razones de las visitas	Fecha de la última visita (mes/día/año)
<b>Proveedor especializado</b>	Nombre del grupo, hospital o sala de emergencias
Dirección (número y nombre de la calle): Ciudad, estado, código postal:	Número de teléfono: (      ) Número de fax: (      )
Razones de las visitas	Fecha de la última visita (mes/día/año)

## MEDICAMENTOS y EQUIPOS MÉDICOS

Parte del Formulario del Estado 57467 (7-24)

**¿Qué tipos de equipo de adaptación está utilizando actualmente su hijo? (marque ✓ todas las que corresponda)**

- Silla de ruedas       Caminadoras       Férrulas y Ortesis tobillo-pie (AFO, por sus siglas en inglés)       Anteojos  
 Asientos adaptables       Baño adaptado       Dispositivos de comunicación asistida       Ortodoncia  
 Dispositivos de alimentación       Audífonos       Otro: \_\_\_\_\_

**¿Qué equipos o suministros médicos o de salud está utilizando regularmente el solicitante? (marque ✓ todas las que corresponda)**

- Monitor de apnea       Oxígeno       Medicamentos recetados       Sonda de alimentación

Ventilador       Otro:

**Liste todos los medicamentos que está tomando (especifique la dosis, la frecuencia y el propósito)**

¿Está el solicitante actualmente en una dieta especial?  Sí  NO Tipo de dieta:

Información adicional:

## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

### SERVICIOS ESPECIALES DE ATENCIÓN MÉDICA PARA NIÑOS (CSHCS, por sus siglas en inglés)

Parte del Formulario del Estado 57467 (7-24)

## INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO

1. El solicitante, padre o tutor debe firmar todas las copias con tinta.
2. Una vez que complete y firme la solicitud, nunca deberá ser alterada por el solicitante, por un empleado o por la persona designada por el Departamento de Estado, el condado o la Administración de Servicios Familiares y Sociales. Ninguna solicitud será destruida a menos que se sigan los procedimientos legales adecuados. Envíe la solicitud a las oficinas de los Servicios Especiales de Atención Médica para Niños (CSHCS) a la dirección que aparece en la página 3 de la lista de verificación.

## LOS DERECHOS DEL SOLICITANTE

1. Un trato justo independientemente de la raza, el color, la creencia religiosa, el país de origen, la edad, el género o la discapacidad.
2. Se puede solicitar una audiencia administrativa. Cualquier decisión que afecte su participación en CSHCS, con la que no esté de acuerdo, puede ser revisada. Debe solicitar una audiencia dentro de los dieciocho (18) días a partir del día de notificación de la decisión. Deberá hacerlo por escrito. Una vez que se tome la decisión, se le dará más información por escrito sobre el proceso de la audiencia.

## DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

En apoyo a esta solicitud, yo compartiré, cuando se me solicite, la información necesaria a las personas autorizadas que la solicite y la reciba.

Por la presente certifico, bajo pena de perjurio, que toda la información, incluidos los ingresos declarados, está completa y es correcta a mi leal saber y entender.

Por la presente doy mi consentimiento para recibir la atención médica de rutina, la evaluación de diagnóstico y el tratamiento médico bajo los Servicios Especiales de Atención Médica para niños y los Servicios de Salud Materna e Infantil. Entiendo que debo usar todo el seguro médico disponible y la cobertura de Medicaid para la atención médica del niño antes de que el Departamento de Salud de Indiana realice cualquier pago. En el caso de que el pago del seguro se haga directamente a mi cónyuge o a mí, pagaré dicho pago al Departamento de Salud de Indiana como reembolso de los costos pagados por el Departamento.

Entiendo que la disponibilidad y la provisión de los servicios de atención médica incluidos en el componente de los servicios básicos y en el componente de los servicios limitados depende de la disponibilidad de los fondos del programa.

Por la presente doy mi consentimiento para la divulgación de la información de los registros personales y financieros en este formulario al Departamento de Salud de Indiana con el fin de verificar la elegibilidad y realizar evaluaciones del programa.

Yo, como el solicitante, padre o tutor legal entiendo que la fecha de solicitud para la inscripción en el Programa de Servicios Especiales de Atención Médica para Niños será la fecha de esta firma, siempre y cuando proporcione la información financiera y social necesaria para completar esta solicitud, dentro de los treinta (30) días, a la persona designada del Programa de los Servicios Especiales de Atención Médica para niños (entrevistador que completa esta solicitud). **Entiendo que, si NO proporciono esta información, esta solicitud será rechazada por falta de cooperación en el proceso de la solicitud.** Entiendo que se me pedirá que inicie una nueva solicitud con información actualizada y que firme una nueva página de firma si quiero continuar con el proceso de solicitud. La nueva fecha de firma se convertirá en la fecha de la solicitud y la fecha de vigencia se ajustará en consecuencia.

Entiendo que las agencias de salud y bienestar aprobadas por el Departamento de Salud de Indiana mantendrán la confidencialidad de esta información de acuerdo con las regulaciones IC 16-39, IC 5-14-3-4(a)(9), 42 CFR§51a, 112, y 7CFR§246.26(d).

Nombre del solicitante (\*Puede firmar si es mayor de dieciocho (18) años)

Firma del solicitante, padre, madre o tutor Legal

Relación con el solicitante

Fecha (mes/día/año)

Firma del solicitante, padre, madre o tutor Legal

Relación con el solicitante

Fecha (mes/día/año)

Firma del personal de la agencia

Fecha (mes/día/año)

# AUTORIZACIÓN PARA LA OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN SERVICIOS ESPECIALES DE ATENCIÓN MÉDICA PARA NIÑOS

Parte del Formulario del Estado 57467 (7-24)

**REVISE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN Y PÍDALE AL COORDINADOR DE INSCRIPCIÓN O DE SERVICIOS QUE LE ACLARE CUALQUIER PREGUNTA QUE USTED PUEDA TENER ANTES DE FIRMAR A CONTINUACIÓN.**

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (mes/día/año): \_\_\_\_\_

**Solicitamos su permiso como padre, madre, tutor legal, menor emancipado o persona mayor de dieciocho (18) años, para obtener información demográfica y de los servicios sobre usted o su hijo para ser almacenada electrónicamente en los sistemas de base de datos del Departamento de Salud de Indiana ((IDOH, por sus siglas en inglés), y de la Administración de Servicios Familiares y Sociales (FSSA, por sus siglas en inglés).**

El programa en el que se está inscribiendo es los Servicios Especiales de Atención Médica para Niños. Es un programa que brinda atención médica primaria, especializada, diagnóstica y dental a niños e individuos de 0 a 21 años si son medicamente y financieramente elegibles. Este programa dispone de servicios de acuerdo con las necesidades del niño o individuo y de la familia para la detección, evaluación y valoración, coordinación de servicios, procesos pendientes y las garantías de los procesos, y de servicios médicos y de salud.

Esta autorización cubre cierta información médica ("**Información de Salud Protegida**"), social y financiera sobre el niño o individuo y la familia elegible, a menos que a continuación indique que hay una excepción. Esto incluye: información demográfica del niño o individuo y de la familia; información sobre las visitas médicas; datos de visitas de los bebés y los niños; discapacidad y factores de riesgo; problemas o factores que impiden que el niño o individuo y la familia elegibles reciban los servicios de la atención médica adecuada; citas realizadas y servicios recibidos; actividades del Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP, por sus siglas en inglés), planes de atención e información sobre la elegibilidad financiera familiar.

Con base a la información obtenida durante la determinación de elegibilidad y el proceso de inscripción, un equipo multidisciplinario trabajará con usted para determinar las necesidades de servicios de su hijo. Con su autorización informada y por escrito, solo aquellos profesionales de la salud y proveedores de servicios que directamente necesiten saber y con la autorización de seguridad autorizada tendrán acceso al archivo electrónico o a las autorizaciones para los servicios de determinación de elegibilidad que usted requiera y autorice como padre o tutor legal de su hijo. La información estadística y del programa, sin dar cualquier información que identifique al niño o individuo y a la familia, se enviará a las agencias estatales y federales que financian estos servicios para cumplir con varios requisitos de los informes.

La autorización de la liberación de información designadas y firmadas individualmente se mantienen en el registro de su hijo en las clínicas locales del Punto de Entrada del Sistema, el Departamento de Salud de Indiana (IDOH, por sus siglas en inglés) y los Servicios de Salud Materna e infantil (MCH, por sus siglas en inglés) que indican a las personas con las que usted ha dado su autorización informada y por escrito para las comunicaciones recíprocas, incluido el intercambio y los informes recibidos. Las personas que reciben esta información tienen el deber legal y ético de mantener la información de manera confidencial y privada; y no la compartirán a nadie sin su consentimiento por escrito, a menos que la ley lo permita.

Al firmar este formulario de autorización, usted acepta permitir que se obtenga información a través del Punto de Entrada del Sistema o del personal de registración del estado para los sistemas de recopilación de bases de datos electrónicas. Todo lo concerniente a la obtención de datos, el mantenimiento y la utilización de datos están protegidos por la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA). Toda la información personal obtenida será confidencial de acuerdo con la Ley IC 4-1-6 et seq., IC 5-14-3-4 y 410 IAC 3.2-10, 42 CFR §51a. Como padre o tutor legal, el acceso a la información almacenada en la base de datos también está disponible para usted si lo solicita para su revisión o si lo necesita alguna copia. Como tutor legal, usted autoriza a los sistemas de base de datos del Departamento de Salud de Indiana (IDOH, por sus siglas en inglés) y La Administración de Servicios Sociales y Familiares de Indiana (FSSA, por sus siglas en inglés) a distribuir la información obtenida durante el proceso de determinación e inscripción de elegibilidad y el período de prestación de servicios a las siguientes agencias:

1. La Administración de Servicios Sociales y Familiares de Indiana, La División de Servicios de Discapacidad y Rehabilitación, First Steps, y Hoosier Healthwise.
2. El Departamento de Educación de Indiana.
3. El Departamento de Salud de Indiana.
4. El Departamento de Educación de los Estados Unidos, y El Departamento de Salud y Servicios Humanos, con el propósito de realizar auditorías y supervisiones financieras y de programas, según lo exigen las diversas normativas federales y estatales.

Al firmar esta autorización, hago conocimiento que he leído y entiendo la información para la obtención y el intercambio de datos incluidos en los formularios. La autorización permanecerá vigente no más de doce (12) meses a partir de la fecha de mi firma. **Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización, si la revocación se realiza por escrito, excepto en la medida que esa acción se haya tomado medidas en función de esta autorización.**

Entiendo que mi Información de Salud Protegida que se usa o comparte en virtud de esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario según lo exija la ley aplicable y es posible que la privacidad de mi Información de Salud Protegida ya no esté protegida por HIPAA.

Firma del padre, tutor legal o solicitante (si es mayor de dieciocho (18) años o es un menor emancipado)

Fecha (mes/día/año)

Firma del personal de la agencia

Fecha (mes/día/año)

# AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA SERVICIOS ESPECIALES DE ATENCIÓN MÉDICA PARA NIÑOS

Parte del Formulario de Estado 57467 (7-24)

Por la presente autorizo al programa de Servicios Especiales de Atención Médica para Niños del Departamento de Salud de Indiana y a cualquiera de sus empleados y agentes, a compartir información confidencial sobre el solicitante identificado a continuación.

**ENTIENDO QUE ESTA AUTORIZACIÓN ES VOLUNTARIA.**

## **1. Información del solicitante**

Apellido(s)	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	
Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social*	Fecha de nacimiento ( <i>mes/día/año</i> )	Número de teléfono (incluya el código de área)	
Dirección del domicilio (número y nombre de la calle)	Ciudad	Estado	Código Postal

**2. Autorizo a las entidades y a sus agentes identificados a continuación a recibir información de salud confidencial relacionada con el solicitante anterior**

Entidad autorizada para recibir información confidencial		Número de teléfono (incluya el código de área)	
Dirección (número y nombre de la calle)	Ciudad	Estado	Código Postal
Entidad autorizada para recibir información confidencial		Número de teléfono (incluya el código de área)	
Dirección (número y nombre de la calle)	Ciudad	Estado	Código Postal
Entidad autorizada para recibir información confidencial		Número de teléfono (incluya el código de área)	
Dirección (número y nombre de la calle)	Ciudad	Estado	Código Postal

**3. Finalidad de esta Autorización (marque todas las que correspondan)**

- Esta autorización tiene por objetivo de tramitar la solicitud, los documentos y los registros que la acompañan para determinar la elegibilidad del solicitante para el programa de Servicios Especiales de Atención Médica para Niños del Departamento de Salud de Indiana, y autoriza la comunicación entre los empleados y agentes de dicho programa, y las entidades mencionadas anteriormente en la sección.
  - Esta autorización es solo para solicitar específicamente la siguiente información:

Esta autorización es solo para solicitar específicamente la siguiente información:

---

---

---

---

---

**Si esta autorización se limita una información vigente durante un período de tiempo específico, por favor de indique la fecha de vigencia**

**4. Descripción de la información que se ha de compartir (marque todas las que correspondan)**

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Información sobre la solicitud o la inscripción.   |
| <input type="checkbox"/> Otros. Por favor especifique:<br><hr/> <hr/> <hr/> |

**5. IMPORTANTE: Su firma a continuación significa que comprende y acepta lo siguiente**

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• La información de Salud Protegida proporcionada bajo esta autorización puede incluir información de diagnóstico y tratamiento, información relacionada con enfermedades crónicas, condiciones de salud conductual, abuso de alcohol o sustancias, y enfermedades transmisibles, incluido el VIH o SIDA. Estos registros se incluirán en la información que pondremos a disposición de las entidades identificadas anteriormente en la sección 2.</li><li>• La información se comparte bajo esta autorización puede ser compartida nuevamente por el destinatario y ya no estará protegida por las regulaciones federales de privacidad.</li><li>• Su elegibilidad para los beneficios y el pago de los servicios no se verán afectados si no firma este formulario. (Sin embargo, sin su firma, no podremos comunicarnos con las entidades identificadas en la sección 2 con el fin de procesar su solicitud).</li><li>• Esta autorización vencerá después de que se haya determinado el estado de elegibilidad del solicitante o un año a partir de la fecha en que firme esta autorización, lo que ocurra primero. Si firma este formulario, usted puede revocar la autorización en cualquier momento notificando a los Servicios Especiales de Atención Médica para Niños del Departamento de Salud de Indiana por escrito a la dirección que aparece a continuación. La revocación de esta autorización no afectará a ninguna acción que haya tenido lugar en función de la autorización antes de que recibamos la notificación.</li></ul> |
|--|

**6. Firma del padre o representante legal del solicitante**

Firma del padre del solicitante (si el solicitante es un hijo menor de edad no emancipado) o del representante legal del solicitante	Fecha (mes/día/año)
Nombre en imprenta:	
Describa la relación con el solicitante: <input type="checkbox"/> Padre natural o adoptivo de un hijo menor de edad no emancipado. <input type="checkbox"/> Representante legal (es decir, alguien con autoridad para actuar en nombre del solicitante).	

Devuelva este formulario completo con la solicitud a la siguiente dirección:

Indiana Department of Health  
Children's Special Health Care Services  
Section 5C  
2 North Meridian Street  
Indianapolis, Indiana 46204

**ESTA AUTORIZACIÓN CUMPLE CON LA NORMA DE PRIVACIDAD DE LA LEY DE HIPAA.**

# AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN MÉDICA SERVICIOS ESPECIALES DE ATENCIÓN MÉDICA PARA NIÑOS

Parte del Formulario de Estado 57467 (7-24)

POR FAVOR REVISE LA INFORMACIÓN AL REVERSO DE ESTE FORMULARIO Y PÍDALE A SU COORDINADOR DE INSCRIPCIÓN O DE SERVICIO QUE LE ACLARE CUALQUIER PREGUNTA QUE USTED PUEDA TENER ANTES DE FIRMAR A CONTINUACIÓN.

Yo, \_\_\_\_\_ por la presente autorizo:

Nombre del solicitante, del padre o del tutor legal

Nombre del médico, proveedor de atención médica, o del centro

Consultorio u Hospital (según corresponda)

Dirección física (número y nombre de la calle) o dirección postal

Ciudad

Estado

Código postal

Para comunicar y compartir información verbal y escrita, incluida la información médica ("Información de Salud Protegida"), con el sistema de servicios de intervención temprana de First Steps y los Servicios Especiales de Atención Médica para Niños en referencia al siguiente solicitante:

Nombre legal del solicitante

Fecha de nacimiento (mes/día/año)

Dirección del domicilio (número y nombre de la calle) o dirección postal

Ciudad

Estado

Código postal

Esta autorización incluye los siguientes tipos de información (*marque ✓ todas las que corresponda*)

- Información de registros médicos que incluye, entre otros: notas de progreso, informes de laboratorio y radiografías, antecedentes y examen físico, resumen de la información de salida del hospital o centro y los planes de tratamiento.
- Informes de especialidad escritos incluidas las evaluaciones.
- Información de registros médicos que se requieren para determinar la elegibilidad, participar en la planificación del servicio o proporcionar servicios de intervención temprana según se define en el Plan de Servicios Familiares Individualizados (IFSP, por sus siglas en inglés).

## HE LEÍDO Y ENTIENDO LAS CONDICIONES DE ESTE COMUNICADO COMO SE ESPECIFICA EN EL REVERSO DE ESTE FORMULARIO

Firma del solicitante (si es mayor de dieciocho (18) años)

Fecha (mes/día/año)

Firma del parent o tutor legal

Fecha (mes/día/año)

Firma del personal de la agencia

Fecha (mes/día/año)

- VER AL REVERSO DE LA PÁGINA -

## **AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN MÉDICA SERVICIOS ESPECIALES DE ATENCIÓN MÉDICA PARA NIÑOS**

Parte del Formulario de Estado 57467 (7-24)

*INSTRUCCIONES: Por favor, lea el documento detenidamente antes de firmarlo. Si tiene preguntas, consulte a su coordinador de servicios de atención médica (si corresponde).*

El propósito de este comunicado es obtener la información necesaria para determinar la elegibilidad del solicitante para los programas mencionados anteriormente, para planificar y proporcionar servicios esenciales y necesarios según lo determinado a través del proceso del equipo multidisciplinario. Por la presente autorizo al proveedor médico nombrado en este formulario a compartir al personal de los Servicios de Salud Materno e Infantil, Hoosier Healthwise, First Steps, o de los Servicios Especiales de Atención Médica para Niños, a previa presentación de este formulario, cualquier registro o información pertinente al desarrollo e implementación de un plan de servicio para cumplir con los requisitos médicos, necesidades educativas, de desarrollo, sociales y de rehabilitación para el solicitante nombrado en este formulario. También se autoriza la divulgación de información por parte de los Servicios de Salud Materno e Infantil, Hoosier Healthwise, First Steps y a los Servicios Especiales de Atención Médica para Niños para llevar a cabo las referencias para el servicio por otras personas cuando hay un consentimiento ya sea verbal o por escrito para mi de parte de mis padres o tutor legal; y para garantizar la prestación continua de servicios de conformidad con el Plan de Servicios Familiares Individualizados (IFSP, por sus siglas en inglés) a través de comunicaciones rutinarias, incluida la distribución de informes, la participación en las reuniones de IFSP, y las actividades de planificación y revisión.

Entiendo que este consentimiento incluye el intercambio de información según lo autorizado anteriormente en formato escrito, verbal o por video. Como padre, tutor legal o parente sustituto (solo con fines educativos, en caso de que se designe uno para los servicios de intervención temprana), entiendo que puedo revocar esta autorización que aparece en el reverso de este formulario en cualquier momento por escrito. La solicitud seguirá siendo válida hasta que sea revocada o al vencimiento de sesenta (60) días, lo que acontezca primero. Una copia de esta "Autorización para liberar y compartir información médica" tiene el mismo efecto que la original.

La información obtenida como resultado de este consentimiento se mantendrá en el registro del solicitante, que se ubicará en los Servicios de Salud Materno e Infantil, o Indiana Hoosier Healthwise, o First Steps, y los Servicios Especiales de Atención Médica para Niños. Este registro está sujeto a las disposiciones de la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA) y la Ley de Divulgación de Registros Médicos IC 16-39, como tal, está disponible para poder revisitarla y para su reproducción o corrección a mi solicitud. Toda la información personal obtenida será tratada como confidencial en conformidad a las regulaciones IC 4-1-6 et seq., IC 5-14-3-4 y 410 IAC 3.2-10.

# INFORME MÉDICO

## SERVICIOS ESPECIALES DE ATENCIÓN MÉDICA PARA NIÑOS

Parte del Formulario del Estado 57467 (7-24)

**INSTRUCCIONES:** Su paciente se encuentra actualmente en el proceso de evaluación de su elegibilidad para los SERVICIOS ESPECIALES DE ATENCIÓN MÉDICA PARA NIÑOS (CSHCS, por sus siglas en inglés) y para los servicios de intervención temprana bajo la Parte C de la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (IDEA, por sus siglas en inglés). Todas las partes de esta evaluación deben completarse en un plazo de cuarenta y cinco (45) días. La solicitud del informe de salud es un paso inicial en este proceso. Su participación en la evaluación para determinar la elegibilidad del niño que se solicita es de completar y devolver este formulario en el sobre adjunto. Si tiene preguntas, comuníquese con el coordinador de inscripción o de servicio cuya información aparece en la carta de presentación. Se le agradece su participación.

### INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre del solicitante:

Fecha de

nacimiento  
(mes/día/año):

Nombre del padre o  
madre, o tutor legal:

### INFORMACIÓN MÉDICA

Lugar de  
nacimiento:

Peso al nacer:

Puntu-  
ción  
Apgar:

Edad gestacional:

Duración de la estadía en el  
hospital:

Hospitalizaciones y condiciones  
médicas pasadas:

gramos      lbs/oz

### INFORMACIÓN ADICIONAL (Por favor, incluya cualquier recomendación que pueda tener):

### ESTADO ACTUAL DE SALUD DEL SOLICITANTE

Diagnóstico, incluyendo enfermedades  
actuales, incluya los códigos ICD/DSM:

Medicamentos actuales y las dosis:

Cuidados médicos:

Información de vacunas:

DPT/DTaP \_\_\_\_\_ .

DT \_\_\_\_\_

TB \_\_\_\_\_

Varicela \_\_\_\_\_

IPV/OPV \_\_\_\_\_

MMR \_\_\_\_\_ o

Sarampión \_\_\_\_\_

Paperas \_\_\_\_\_

Hep B \_\_\_\_\_

Hib \_\_\_\_\_

Rubéola \_\_\_\_\_

Estado físico:

Visión:

Fecha de la prueba o evaluación  
(mes/día/año):

Audición:

Fecha de la prueba o de la evaluación  
(mes/día/año):

Evaluación sobre el desarrollo del niño:

Resulta-  
dos:

Fecha (mes/día/año):

Fecha de la última cita  
(mes/día/año):

Otras referencias médicas realizadas:

Si es necesario, autorizo que el niño mencionado anteriormente sea visto de la siguiente manera:

Evaluación de fisioterapia, según se indique.

Evaluación de terapia ocupacional, según se indique.

Evaluación de la terapia del habla, según se indique.

Firma del médico (proveedor de atención médica de cabecera/especializada)

Fecha (mes/día/año)

Nombre del médico (por favor escriba el nombre en imprenta)

Dirección y número de teléfono del médico

Envíe el formulario a: IDOH/CSHCS  
2 N Meridian St., Section 5C  
Indianapolis, IN 46204

Número de teléfono: 1-800-475-1355