

# CONEXIONES PARA CUIDADO MEDICO:

Guía para Familias de Niños que necesitan cuidado  
médico especial

Producido por  
Bay Area Family Health Links

Center for Access to  
Resources & Education (CARE)

Family Resource Network  
of Alameda County

Matrix Parent Network  
and Resource Center

Support for Families of  
Children with Disabilities

Este proyecto ha sido patrocinado por California State Council on Developmental Disabilities,  
PDF Cycle XX, Contrato #HD979050. La puesta al día y reimpresión se han hecho con fondos de la California  
Health Care Foundation (Fundación de California para la Salud), 2001.

## PREFACIO

“Health Care Connections: A Guide for Parents of Children with Special Health Care Needs”-  
“Conecciones para la Salud: Guía para Padres con niños que necesitan cuidado médico especial” es el resultado de un proyecto en cooperación con cuatro Centros de Recursos para Familias:

Center for Access to Resources & Education (CARE)-Centro para Acceso a Recursos y Educación  
1350 Arnold Drive, Suite 203  
Martinez, CA 94533  
Phone: (925) 313-0999  
Fax: (925) 370-8651  
E-mail: careofarc@aol.com

Family Resource Network of Alameda-Cadena de Recursos para Familias de Alameda  
5232 Claremont Avenue  
Oakland, CA 94618  
Phone: (510) 547-7322  
Fax: (510) 658-8354  
TDD: (510) 658-2307  
E-mail: o-frnoak@inreach.com

Matrix Parent Network and Resource Center-Centro de Recursos y Cadena para Padres Matrix  
94 Galli Drive, Suite C  
Novato, CA 94949  
Phone: (415) 884-3535  
Fax: (415) 884-3555  
TDD: (415) 884-3554  
E-mail: matrix@matrixparents.org  
Website: matrixparents.org

Support for Families of Children with Disabilities-Apoyo para Familias con Niños Discapacitados  
2601 Mission Street, Suite 710  
San Francisco, CA 94110  
Phone: (415) 282-7494  
Fax: (415) 282-1226  
E-mail: sfdmiss@aol.com

Hemos revisado los datos con muchas personas para asegurar su veracidad. Sin embargo, la información de este manual puede cambiar en cualquier momento. Si tiene dudas o preguntas con respecto al contenido, pídale a las personas con quienes trabaja que le den copias de los reglamentos, pólizas o guías que están al corriente, y rigen en la actualidad.

# **CONEXIONES PARA LA SALUD:**

## **GUIA PARA FAMILIAS DE NIÑOS QUE NECESITAN CUIDADO MEDICO ESPECIAL**

### **CONTENIDO**

#### **RECONOCIMIENTOS**

#### **A. VALORES ESENCIALES PARA PROVEER CUIDADO MEDICO**

#### **B. DESCRIPCION DE SERVICIOS**

- Descripción de planes de salud administrados, planes de seguro para cuidado privado de la salud, y programas públicos para los que pueden calificar familias de niños que necesitan cuidado médico especial
- Gráfica del Nivel De Pobreza del Gobierno Federal

#### **C. COMO ESCOGER UN PLAN DE CUIDADO ADMINISTRADO Y PROVEEDOR MEDICO**

- Consejos para escoger el plan adecuado, y el proveedor médico apropiado para su hijo(a)  
Hoja de Apuntes: Cómo Escoger un Proveedor Médico Principal

#### **D. COLABORANDO CON SU PROVEEDOR MEDICO**

- Consejos para comunicarse bien y colaborar con los proveedores médicos de su hijo(a)  
Hoja de Apuntes: Preguntas y Respuestas
- Cómo Mantener sus Archivos  
Hoja de Apuntes: Lista de Teléfonos  
Hoja de Apuntes: Lista de Contactos Importantes  
Formulario/Forma: Autorización Para Obtener Expedientes Médicos

#### **E. PARA EFECTUAR CAMBIOS: ASISTIR Y ABOGAR**

Consejos para cómo asistir y abogar por su hijo(a)

- Qué debe hacer cuando las cosas no marchan bien:  
Con Quién Comunicarse, Proceso Para Quejas, Gráfica de Servicios
- Consejos y Sugerencias para Redactar Cartas  
Muestra de Carta 1  
Muestra de Carta 2
- Agencias que Regular y Controlan

#### **F. RECURSOS**

- Organizaciones Nacionales
- Recursos ofrecidos por el Estado
- Recursos al nivel local

#### **G. GLOSARIO**

Definiciones de Términos de Cuidado para la Salud

#### **H. REFERENCIAS**

## RECONOCIMIENTOS

Este manual es el resultado del esfuerzo de colaboración de cuatro centros de recursos para familias del área de la Bahía: Center for Access to Resources & Education, Family Resource Network, Matrix Parent Network and Resource Center, and Support For Families of Children with Disabilities. Nos gustaría reconocer también al California State Council on Developmental Disabilities-Concejo Estatal de California para Discapacidades de Desarrollo (PDF Cycle XX, Contrato #HD979050) por su apoyo para esta valuable guía para padres con niños que necesitan cuidado médico especial y la California Health Care Foundation (Fundación de California para la Salud) por puesta al día y la reimpresión.

Las valiosas contribuciones de las personas que a continuación nombramos son reconocidas con tremenda gratitud:

- **Anquanitte Barnes, MPH**, Coordinadora de Promoción de la Salud-Health Promotion Coordinator, Partnership HealthPlan of CA, Suisun, CA
- **Barbara Bennett, MD**, Directora de Pediatría de Desarrollo-Director of Developmental Pediatrics, California Pacific Medical Center, San Francisco, CA
- **Candida Brown, MD**, Departamento de Neurología Pediátrica-Dept. of Pediatric Neurology, Kaiser Permanente, Walnut Creek, CA
- **Patricia Bruno, JD**, Coordinadora para el Área de la Bahía-Bay Area Coordinator, Health Access Medi-Cal Community Assistance Project (MedCAP), San Francisco, CA
- **Rokhsareh Charney, MD**, California Children Services, San Mateo County, CA
- **Lucy Crain, MD, MPH**, Presidenta-Chairperson, California District, American Academy of Pediatrics; Clinical Professor of Pediatrics & Director of Pediatric Disabilities & Down Syndrome Clinics, University of California, San Francisco, CA
- **Mildred Crear, RN, PHN**, Salud Materno-Infantil-Maternal Child Health, San Francisco Health and Human Services, San Francisco, CA
- **David Banda**, Children's Medical Services Branch, State of California, Sacramento, CA
- **Elissa Gershon**, Abogada-Attorney, Protection and Advocacy, Inc., Sacramento, CA
- **Cindy Grace**, Madre de un niño que necesita cuidado médico especial-Parent of a child with special health care needs, Martinez, CA
- **Maridee Gregory, MD**, Jefa-Chief of Children's Medical Services Branch, State of California, Sacramento, CA
- **Noeta Hester, RN**, Gerente-Manager of Utilization Review and Case Management, Alameda Alliance for Health, and **Madre de un niño que necesita cuidado médico especial**-parent of a child with special needs, Alameda, CA
- **Patricia Jackson, RN, PHN**, Department of Family Health Care Nursing, University of California, San Francisco, CA
- **Gwendolyn Johnson, MD**, Directora-Director of Newborn Nursery and Child Development Clinic, Contra Costa Regional Medical Center, Martinez, CA

- **Dorothy Jones, RN**, Pediatric Rehabilitation, Madre de un niño que necesita cuidado médico especial-Parent of a child with special health care needs
- **Juli Miletich, RN**, Liason for the Developmentally Delayed, Contra Costa Health Plan, and **Madre de un niño que necesita cuidado médico especial**-parent of a child with special needs, Martinez, CA
- **Trish Rockeman, Madre de un niño que necesita cuidado médico especial**-Parent of a child with special health care needs, Pinole, CA
- **Pamm Shaw**, California Child Care Health Program, California Early Intervention Technical Assistance Network (CEITAN), Sacramento, CA
- **Rocio Smith**, Executive Director, Area Board 5 for Developmental Disabilities, Oakland, CA
- **Laurie Soman**, Project Director, Children's Regional Integrated Service System, Center for the Vulnerable Child, Children's Hospital, Oakland, CA
- **Diana Tang Duffy, MD**, Pediatric and Adolescent Medicine, San Francisco, CA
- **Andrea Youngdahl, MSW**, City Office of Aging (Oficina de la ciudad para las personas de edad) Oakland
- **Julie Zumwalt, MSW, LCSW**, Parent Liason, Children's Medical Services Branch, State of California, Sacramento, CA

## VALORES ESENCIALES PARA PROVEER CUIDADO MEDICO

La Academia Americana de Pediatría aprueba y confirma los valores esenciales que en seguida listamos. La Academia cree que todo cuidado médico debería ser “accesible, continuo, total, enfocado en la familia, coordinado, y con compasión humana”, y debe ser provisto o dirigido por doctores bien entrenados, que pueden “administrar o facilitar esencialmente todos los aspectos” que cubre buen cuidado médico. La Academia cree que el médico debe “ser bien conocido por el niño y su familia, y debe fomentar una relación de responsabilidad mutua, y de confianza con ellos.” (American Academy of Pediatrics, 1992)

Estos valores deben formar la base para el desarrollo y evaluación de sistemas de cuidado médico para familias con niños que necesitan cuidado médico especial.\*

**Cuidado con Enfoque Familiar.** Este tipo de cuidado reconoce la importancia de la familia, y eso se refleja en el modo en que los servicios se planean y se ofrecen. Facilita la colaboración entre padres y profesionales, responde favorablemente a las necesidades de la familia, y a las prioridades que esa familia se ha impuesto para sí misma. Reconoce y cuenta con la fortaleza del individuo y de la familia, y respeta la diversidad de las familias.

**Decisión de Consumidor Bien Informado.** Este sistema de cuidado médico ofrece información completa e imparcial a las familias para que sepan cuáles son sus opciones financieras con respecto al cuidado médico que les ofrecen los diversos planes de salud. La estructura, los beneficios, servicios, y puntos de acceso se explican claramente y en el idioma que la familia mejor entiende. Decisiones del consumidor se logran cuando las preferencias de las familias son las que determinan quiénes van a ser los proveedores principales, los de cuidado especializado, y qué facilidades médicas se van a usar.

**Cuidado Colaborativo.** El papel que desempeñan las familias como las personas que hacen las decisiones, y los que prestan asistencia al paciente se reconoce, y se apoya, por medio de sistemas financieros de salud que pagan por esos servicios, y así apoyan esas funciones. La participación de la familia en la decisión de distribuir los recursos de cuidado para la salud se logra cuando los padres de familia son los que deben hacer las decisiones con respecto al desarrollo de planes de salud para cada individuo.

**Información Compartida.** Este sistema de cuidado médico debe asegurar que toda información concerniente a diagnóstico, tratamiento, pronosis, y recursos, deben ser compartidos con todos los miembros del grupo o equipo médico, lo cual incluye también a la familia.

**Basado en la Comunidad.** Este sistema de cuidado médico responde directamente a las necesidades que la comunidad ha identificado como propias, y usa la información que la comunidad le expresa para satisfacer esas necesidades. Los servicios se ofrecen dentro o cerca del corazón de la comunidad, siempre y cuando eso sea posible.

**Competencia Cultural.** Este sistema de cuidado médico honra y respeta los varios idiomas, creencias culturales, valores, estilos interpersonales, perspectivas, y conducta de las familias. El respeto hacia todos esos valores se incorpora en todas las pólizas, administración, y prácticas del sistema.

---

\* El Sub-Comité del Comité Consejero de Managed Care Initiative of Children’s Special Health Care Services por este medio reconoce que utilizó documentos que Maternal and Child Health Bureau, New England SERVE, Family Voices, y otros, les facilitaron, para poder desarrollar la lista de valores y definiciones ofrecidas en esta sección.

Adapted from *Managed Care for Children with Special Health Care Needs: Physician Care Management Model* by Subcommittee on Managed Care Initiative of Children’s Special Health Care Services Advisory Committee.

## DESCRIPCION DE SERVICIOS

### CONTENIDO:

El cuidado médico en California se ofrece a los niños que necesitan atención médica especial por medio de varios programas y agencias. Esta sección describe:

- Lo que necesita saber
- Seguros de salud privados
  - Cobro-Por-Servicio
  - Planes de salud administrados
  - Organizaciones de Mantenimiento de la Salud (HMOs)
  - Planes de Salud Punto de Servicio (POS)
  - Organizaciones de Proveedores Preferidos (PPOs)
- Gráfica de Comparación de Programas de Servicios Médicos Públicos
  - Medi-Cal
  - Child Health and Disability Prevention (CHDP) – Salud Infantil y Prevención de Discapacidades
  - Healthy Families – Programa de Seguro Infantil Healthy Families
  - CaliforniaKids
  - Kaiser Permanente Cares for Kids Child Health Plan – Plan de Salud Infantil del Kaiser
  - Early Start Under Individuals with Disabilities Education Act (IDEA) – Comienzo a Tiempo, Programa del Acta de Educación Para Individuos con Discapacidades
  - In-Home Supportive Services (IHSS) – Servicios de Apoyo en Casa
  - California Children Services (CCS) – Servicios para Niños de California
  - Genetically Handicapped Persons Program (GHPP) – Programa para Personas Genéticamente Discapacitadas
  - Women, Infants, Children Program (WIC) – Programa para Mujeres, Niños y Bebés
  - Regional Center – Centro Regional
  - Community Mental Health – Salud Mental Comunitaria
- Federal Poverty Chart – Gráfica para Indicar el Nivel Federal Para Pobreza

### COMO USAR ESTA SECCION:

- √ Si tiene seguro médico privado, revise esta sección y compárela con su seguro actual y los beneficios que cubre. También vea la Sección C (Cómo Escoger un Plan de Salud Administrado y Proveedor Médico), para ver si los beneficios médicos que su plan cubre son los que usted necesita, y son los que le convienen.
- √ Si su niño está inscrito en alguno de los programas públicos que se ofrecen, puede revisar el contenido de esta sección, y hacer comparaciones con los servicios que su niño está recibiendo en estos momentos, para asegurarse de que los servicios que está recibiendo satisfacen las necesidades en cuidado médico de su hijo(a).
- √ Si piensa que su hijo(a) califica para servicios ofrecidos por cualquiera de los programas públicos descritos, por favor, revise los requisitos para poder calificar para esos programas, y llame a los números estatales y/o locales que le damos en esta sección, o en la sección F (Recursos).

Obtener cuidado médico apropiado para niños que necesitan atención médica especial es muy difícil. El primer paso es buscar suficiente información para saber cuáles son las opciones que existen. Abajo mencionamos varias clases de seguros médicos privados que pueden servirle.

## **PROGRAMAS PRIVADOS DE SEGURO MÉDICO**

Un plan de seguro médico privado se puede adquirir solamente para una persona, o se puede comprar como parte de un plan de seguro médico de grupo por medio de su trabajo.

### Planes de Indemnización o Compensación Tradicionales (Costo-Por-Servicio)

Estos planes de seguro médico eran los más conocidos y usados. La compañía de seguros cubre un porcentaje del costo de los servicios, y el resto de los costos corren por cuenta de la familia. Cuando la familia se hace responsable de pagar lo que se debe, a esa parte del pago se le llama co-pago. Los planes de seguro generalmente exigen deducibles, una cantidad de dinero que hay que pagar, lo mismo que el co-pago, antes de que el seguro pague por sus gastos médicos. Los seguros de indemnización le permiten escoger de una gran variedad de proveedores, pero sus gastos propios son mayores que si tienen otro tipo de plan de seguro médico. Los seguros de indemnización cubren costos médicos de largo plazo y/o gastos imprevistos, pero generalmente, no cubren exámenes de rutina, ni cuidado preventivo como chequeos generales y exámenes de rutina para los niños.

### Planes de Cuidado Administrado

Los sistemas de cuidado administrado controlan costos porque examinan constantemente los servicios que ofrecen, y se concentran en ofrecer medidas de salud que son preventivas.

Como parte del cuidado administrado, los planes de salud, llamados también organizaciones de cuidado administrado, reciben una suma fija por cada persona que pertenece a su plan. Por ese dinero, las organizaciones acceden a “administrar” los servicios médico de la persona, y le dan el cuidado médico que necesita. Las personas que se inscriben en estos planes de salud deben escoger un doctor (o a veces una enfermera, su proveedor médico regular) para que coordine sus servicios médicos. Cuando las personas necesitan ver a un especialista o necesitan otros servicios que su doctor regular no puede darles, deben pedirle a su doctor que les dé una referencia. Los planes de salud de cuidado administrado requieren pagos mensuales que son pagos de primas que hace el seguro. La diferencia entre estos planes y los de indemnización, es que uno debe hacer un co-pago cada vez que va a consultas médicas, y hacer co-pagos por recetas y otros servicios médicos selectos.

### Organizaciones de Mantenimiento de Salud (HMO)

Estas organizaciones sirven de ejemplo de planes de salud de cuidado administrado que ofrecen cobertura por servicios médicos a sus miembros, por medio de cadenas selectas de doctores, hospitales, y otros profesionales de salud. Operan bajo diversos modelos, como por ejemplo:

Modelo de HMOs con Personal estas organizaciones son generalmente los propietarios y administradores de sus propios centros médicos o clínicas. Los doctores y otros profesionales médicos son empleados asalariados. Muchos de los servicios se encuentran bajo el mismo techo,

---

Adapted from *Paying the Bills: Tips for Families on Financing Health Care for Children with Special Needs* from New England Serve and *PASSPORT: For Children with Special Health Care Needs* from University Affiliated Program, Child Development & Rehabilitation Center, Oregon Health Science University.

y permiten coordinar los servicios médicos mucho mejor. Este tipo de HMOs también puede mantener muy buen control sobre la calidad y los costos de sus doctores y de los servicios que ofrecen.

Modelo de HMOs de Grupo que generalmente se componen de uno o más grupos de doctores que no le pertenecen al HMO. El HMO contrata a estos grupos para que le ofrezcan o coordinen los servicios médicos que cubren a cada uno de sus miembros del plan que es paciente de alguno de estos grupos médicos.

#### Asociaciones Independientes de Prácticas Médicas (IPA)

IPAs son una forma de HMOs que están creciendo rápidamente en los Estados Unidos. IPAs incluyen prácticas médicas de doctores privados a quienes se les paga una tarifa, o una suma fija de dinero, por cada paciente de la IPA que traten. Una de las ventajas de este tipo de HMO es que uno tiene un gran número de doctores de donde escoger para que le den atención médica.

#### Punto de Servicio (POS)

Estos planes de salud ocupan un lugar entre el plan HMO común, y el plan tradicional de costo-por-servicio (o seguro de indemnización). Un miembro de un plan de salud POS puede recibir cuidado médico de doctores y hospitales que son parte del HMO, o también pueden ir a doctores que no son parte de esa cadena, y los costos se los cubren de cualquier forma. Esta clase de opción es más cara, y no todos los HMOs, ni los lugares de trabajo, la ofrecen. Lo que significa para la persona es co-pagos más altos, o gastos de su propio bolsillo por escoger servicios médicos que no pertenecen al plan. También hay que completar formas y formularios para consultas con esos otros doctores.

#### Organizaciones de Proveedores Preferidos (PPO)

Son cadenas de doctores y hospitales creados por las compañías de seguro, o por lugares de trabajo, para que ofrezcan cuidado médico por un costo más bajo de lo que cuesta por medio de un seguro tradicional. Como el cuidado médico y servicios que ofrecen los PPOs no son tan “administrados” como los HMOs, las primas del seguro son generalmente más altas. Estas organizaciones también pueden imponer restricciones como condiciones médicas pre-existentes, exclusiones, y períodos de espera para los nuevos miembros.

---

Adapted from *Paying the Bills: Tips for Families on Financing Health Care for Children with Special Needs* from New England Serve and *PASSPORT: For Children with Special Health Care Needs* from University Affiliated Program, Child Development & Rehabilitation Center, Oregon Health Science University.

**GRAFICA PARA COMPARAR PROGRAMAS DE CUIDADO MEDICO**  
**Programa CHAMP (Acceso a la Salud para Niños y Medi-Cal)**

Preguntas	Medi-Cal	Chdp (Salud Infantil Y Prevención De Discapacidades)	Programa Healthy Families Para Niños
¿Quién califica?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niños recién nacidos hasta jóvenes de 21 años</li> <li>• Algunos padres/adultos</li> <li>• Mujeres embarazadas</li> <li>• Personas que reciben CalWORKs (AFDC), o Ingresos Suplementarios del Seguro Social (SSI), reciben Medi-Cal automáticamente</li> <li>• Menores de 21 años pueden solicitar algunos servicios confidenciales o privados por su cuenta, llamados “Minor Consent/Permiso del Menor”, o “Sensitive Services/Servicios que son Delicados”</li> <li>• Personas Ciegas o con Discapacidades</li> <li>• Personas mayores de 65 años</li> <li>• Personas que están en hogares para ancianos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niños recién nacidos hasta jóvenes de 19 años</li> <li>• Niños recién nacidos hasta jóvenes que cumplen 21 años, si tienen Medi-Cal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niños que no tienen seguro médico, desde uno hasta 19 años, con ciertos límites a los ingresos permitidos.</li> <li>• Los chicos de 18 años pueden solicitar este seguro médico por su propia cuenta.</li> </ul>
¿Hay límites para ingresos recibidos?	<p>Para recibir Medi-Cal sin costo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los niños recién nacidos hasta 1 año: hasta 200% del Nivel Federal de Pobreza, FPL</li> <li>• Niños de 1 a 6 años: hasta 133% del FPL</li> <li>• Niños de 6 a 19 años: hasta 100% del FPL</li> <li>• Jóvenes de 19 a 21 años: varía alrededor de 100% FPL</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niños recién nacidos hasta los 19 años: hasta 200% del FPL</li> <li>• Niños recién nacidos hasta 21: reciben Medi-Cal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niños de uno hasta los 6 años: de 133% a 200% del FIG (Federal Income Guideline=Límite de Ingresos familiares permitidos al nivel federal)</li> <li>• Niños de 6 hasta 19 años: de 100% a 200% del FIG</li> </ul>
¿Cuánto cuesta?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tal vez le cobren una suma módica por recetas, y por usar la Emergencia, si no tenía una verdadera emergencia</li> <li>• La Porción-Del-Costo total de los costos de Medi-Cal cambian cada mes, dependiendo de sus ingresos mensuales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si su hijo(a) califica para el CHDP, usted puede recibir gratis todos los servicios de ese programa</li> <li>• Si su niño tiene Medi-Cal, pero cuando le hacen el examen para CHDP determinan que necesita tratamiento, esos servicios médicos se los cobran al Medi-Cal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hay dos cosas por las que tiene que pagar al Healthy Families: una <u>porción (o prima) mensual</u> de \$4 a \$9 por cada niño. Los <u>co-pagos</u> son de \$5 para <u>algunos</u> de los servicios médicos que necesiten.</li> </ul>
¿Cuáles son los límites con respecto a propiedad personal? (¿Qué pasa si yo tengo mi casa y mi carro?)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las pertenencias personales suyas no cuentan para servicios médicos relacionados con embarazos, ni para niños que califican para recibir Medi-Cal gratis.</li> <li>• Los adultos deben tener menos de \$2,000 por persona; \$3,000 si son dos personas; \$3,150 si son tres personas, y \$3,300 si son cuatro personas.</li> <li>• Una casa y un carro se permiten; si tiene más pertenencias de valor, cuentan para el límite de recursos que se permiten.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las pertenencias suyas no cuentan en este programa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las pertenencias suyas no cuentan en este programa.</li> </ul>

**GRAFICA PARA COMPARAR PROGRAMAS DE CUIDADO MEDICO**  
**Programa CHAMP (Acceso a la Salud para Niños y Medi-Cal)**

<b>Preguntas</b>	<b>Medi-Cal</b>	<b>Chdp (Salud Infantil Y Prevención De Discapacidades)</b>	<b>Programa Healthy Families Para Niños</b>
¿Tengo que ser residente legal de los Estados Unidos?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ciudadanos, Residentes legales permanentes, y otros inmigrantes selectos pueden recibir Medi-Cal completo.</li> <li>• Personas indocumentadas y otros inmigrantes selectos todavía pueden recibir Medi-Cal “restringido” si se trata de emergencias, o servicios médicos relacionados con embarazos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todo niño que califica dentro de los límites impuestos para ingresos por este programa pueden recibir servicios del CDHP.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ciudadanos de los Estados Unidos y algunos inmigrantes tal vez califiquen.</li> <li>• Los padres no tienen que ser ciudadanos.</li> <li>• La solicitud debe indicar que su niño(a) es residente del Estado de California.</li> </ul>
¿Qué clase de documentos necesito?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentos que muestran sus ingresos, identificación, y residencia legal en California</li> <li>• Tipo de visa de Inmigración, y número de seguro social (SSN), o documento que indica que lo solicitó, <b><u>si lo que quiere es recibir el Medi-Cal completo</u></b></li> <li>• No tiene que mostrar su seguro social, <b><u>si lo que quiere son los beneficios “restringidos” del Medi-Cal</u></b></li> <li>• Balance mensuales de sus cuentas de cheques y de ahorros.</li> <li>• Matrícula de registro de su vehículo</li> <li>• Documentos médicos que indican que está embarazada</li> <li>• Información sobre otros recursos que pueda tener: sólo para los adultos; no se requiere de los niños que califican para Medi-Cal gratis, ni de mujeres embarazadas que necesitan servicios médicos relacionados con su embarazo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingresos mensuales que el individuo dice que recibe – notifique a su doctor o a la clínica que va, y dígales cuánto recibe en ingresos mensualmente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba de sus ingresos mensuales</li> <li>• Documentos que indiquen si <b><u>su hijo(a) es inmigrante o ciudadano(a).</u></b></li> </ul>
¿Dónde podemos solicitar esos servicios?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitudes para <b><u>niños y mujeres embarazadas</u></b> que califican para el Medi-Cal que se ofrece gratis pueden ser enviadas por correo: llame al 888-747-1222 (la llamada es gratis).</li> <li>• Hay solicitudes en las oficinas del Medi-Cal, y en otros lugares de la comunidad como clínicas, hospitales, y escuelas (por favor, vea la lista).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En el consultorio de su doctor o en la clínica que son aprobados por el CHDP para ofrecer sus servicios.</li> <li>• En las oficinas locales del CHDP, y en otros lugares de la comunidad, como clínicas y escuelas.</li> <li>• Llame al 800-993-CHDP para más información; la llamada es gratis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Llame gratis al 800-880-5305 para que le manden una solicitud y un manual que explica los servicios ofrecidos.</li> <li>• Mande la solicitud por correo.</li> <li>• También puede solicitar servicios en las oficinas de Medi-Cal, y en lugares como clínicas, hospitales, y escuelas.</li> </ul>

**GRAFICA PARA COMPARAR PROGRAMAS DE CUIDADO MEDICO**  
**Programa CHAMP (Acceso a la Salud para Niños y Medi-Cal)**

Preguntas	Medi-Cal	Chdp (Salud Infantil Y Prevención De Discapacidades)	Programa Healthy Families Para Niños
¿Qué beneficios podemos obtener mi hijo (a) o yo?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El plan completo de Medi-Cal ofrece: consultas, hospitalización, cuidado dental y de la vista, recetas, cuidado de salud mental, servicios médicos contra abuso de sustancias, y otros exámenes médicos necesarios. Los niños deben recibir la ayuda que se considere necesaria para corregir el problema médico que tienen.</li> <li>• El plan de Medi-Cal que es limitado cubre servicios médicos relacionados con el embarazo, y casos de emergencia.</li> <li>• Permiso de los menores, o “Servicios Delicados” ofrecen tratamiento para enfermedades transmitidas sexualmente, abuso de alcohol y otras drogas, planificación familiar, asalto sexual, servicios para mujeres embarazadas, y cuidado relacionado con embarazos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas al consultorio, exámenes de la vista y del oído, pruebas dentales, referencias para doctores y dentistas.</li> <li>• CHDP ofrece servicios médicos preventivos, que cubre dependiendo de la edad del niño(a).</li> <li>• No cubre hospitalización.</li> <li>• Las medicinas sólo se dan con receta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas al consultorio, exámenes dentales y de la vista, hospitalización, exámenes médicos que sean necesarios, medicinas con receta, algunos servicios médicos contra el abuso de sustancias, y servicios de salud mental.</li> </ul>
¿Cómo y dónde podemos recibir esos servicios, mi hijo(a) y yo?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En una de dos formas: Cuidado Médico Administrado (planes de salud), o el Medi-Cal regular.</li> <li>• La mayoría de los niños ya están inscritos en un plan de salud, con excepción de niños que están en hogares “foster” o de crianza, en programas de asistencia para adopción, los que tienen el plan de “costo compartido” de Medi-Cal, y los que tienen el plan restringido del Medi-Cal.</li> <li>• Las personas con discapacidades no tienen que pertenecer a ningún plan de salud.</li> <li>• Los planes de salud tienen excepciones que dependen de ciertas condiciones médicas que el solicitante pueda tener.</li> <li>• Las personas que no están inscritas en planes de salud pueden usar el “pago por servicio” Medi-Cal regular en cualquier lugar que acepta el Medi-Cal.</li> <li>• Si está inscrito en un plan de salud, sólo puede ir a su doctor regular, a menos que le den una referencia para ir a otro doctor.</li> <li>• Servicios dentales, de salud mental, y de abuso contra sustancias se ofrecen aparte del plan de salud.</li> <li>• Los planes de salud deben ofrecer los mismos beneficios que ofrece el Medi-Cal regular.</li> <li>• Información sobre el plan de salud le llega por correo después de haber llenado su solicitud en la oficina del Welfare, o Bienestar Público.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si quiere saber o verificar que hay un doctor aprobado por el CHDP en su área local, llame gratis al 800-993-CHDP, o llame a las oficinas locales de su área: <ul style="list-style-type: none"> <li>Norte-Van Nuys 818-834-3380</li> <li>Este-Pico Rivera 562-949-4442</li> <li>Oeste-Torrance 310-222-2324</li> <li>Sur-Los Angeles 310-668-5141</li> <li>Pasadena 626-744-6016</li> <li>Long Beach 562-570-4226</li> </ul> </li> <li>• El doctor regular de su hijo(a) tal vez ya esté aprobado por el CHDP, lo cual quiere decir que ese doctor puede examinar a su hijo(a) inmediatamente.</li> <li>• Los exámenes generales para la salud los ofrecen: los doctores aprobados por CHDP, centros de salud del Condado de Los Angeles, algunos distritos escolares, y doctores de planes de cuidado administrado de Medi-Cal (si su hijo/a ya están inscritos en un plan de cuidado administrado de Medi-Cal).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los servicios se ofrecen por medio de planes de salud.</li> <li>• Usted escoge un plan de salud cuando solicita los servicios que el ofrecen.</li> <li>• Servicios dentales y para la vista se ofrecen como parte separada del plan.</li> <li>• El plan de salud le manda información sobre los doctores que tienen en su lista, las clínicas y hospitales que los miembros pueden usar.</li> <li>• Usted debe escoger un doctor diferente para cada uno de sus niños si quiere inscribirlos en el Programa Healthy Families.</li> </ul>
¿Qué pasa si tenemos seguro médico?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pregúntele a su Trabajadora de Elegibilidad, o llame al Programa HIPP (Programa de pagos de primas de seguros médicos) gratis, al 800-952-5294.</li> <li>• Medi-Cal tal vez pague lo que el seguro médico no cubre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tal vez pueda recibir los servicios que CHDP ofrece por medio de su seguro médico. Debe preguntarle a su doctor del CHDP.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En el futuro, el programa Healthy Families tal vez pueda pagar el seguro médico de su hijo(a), si su trabajo le ofrece seguro médico.</li> </ul>

**GRAFICA PARA COMPARAR PROGRAMAS DE CUIDADO MEDICO**

<b>Preguntas</b>	<b>CaliforniaKids</b>	<b>Plan De Salud Infantil Kaiser Permanente Cuida A Sus Hijos</b>
¿Quién califica?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niños de 2 a 19 años que no califican para el programa completo y gratis de Medi-Cal, o para otros programas del Estado que ofrecen cuidado médico, como el Programa Healthy Families.</li> <li>• Niños que están inscritos en el Programa CCS (Servicios para Niños de California) para que les den cuidado médico especializado, y que pueden calificar para CaliforniaKids para servicios médicos básicos en la clínica del doctor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niños sin seguro médico, recién nacidos hasta los 19 años, que no califican para otros programas, ni privados ni públicos, como el Medi-Cal o Healthy Families.</li> <li>• Niños que están inscritos en escuelas públicas que participan en planes de salud; incluye también a sus hermanos (as) y a sus hijos (as). Para averiguar si la escuela de su hijo(a) participa en algún plan de salud, llame gratis al 800-255-5053.</li> </ul>
¿Hay límites para ingresos recibidos?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para niños de 2 a 19 años: de 200% a 300% del FPL(nivel de pobreza para el gobierno federal).</li> <li>• Niños de 2 a 19 años que no califican para Healthy Families, o para el plan completo de Medi-Cal: hasta 200% del FPL.</li> <li>• Niños “foster” de 18 a 19: hasta 300% del FPL.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niños recién nacidos hasta los 19 años que reciben más del 200% del FPL, pero no se pasan del 275% del FPL.</li> </ul>
¿Cuánto cuesta?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niños de 2 a 19 años: de 200% a 300% del FPL- Costos pagados por el paciente.</li> <li>• Niños de 2 a 19 años que no califican para el Programa Healthy Families, ni para el programa completo del Medi-Cal: hasta 200% del FPL-Sin costos</li> <li>• Niños Foster de 18 a 19 años: hasta 200% del FPL-Sin costos.</li> <li>• Si califica para recibir cuidado médico sin costo, no tiene que pagar nada mensualmente. Los copagos de \$5 a \$15 los tiene que pagar.</li> <li>• Si tiene que pagar mensualmente, el total es de \$20 a \$35 por mes, además de los co-pagos que le cobran por los servicios médicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hay dos costos por medio de este programa: Las <b>primas</b> que se pagan mensualmente son de \$25 a \$35 por cada niño, dependiendo de los ingresos de la familia.</li> <li>• Los <b>co-pagos</b> son de \$5 a \$10 por <b>algunos</b> de los servicios médicos.</li> <li>• Lo máximo que le va a tocar pagar es por 3 niños al mes.</li> </ul>
¿Cuáles son los límites con respecto a propiedad personal? (¿Qué pasa si yo tengo mi casa y mi carro?)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las cosas que le pertenecen personalmente, o lo que se llaman Recursos, no cuentan en este programa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las cosas que le pertenecen personalmente, o lo que se llaman Recursos, no cuentan en este programa.</li> </ul>
¿Tengo que ser residente legal de los Estados Unidos?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No. Todo niño que no sobrepasa los límites impuestos para ingresos que se pueden recibir califican para los servicios de CaliforniaKids.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El número de Seguro Social del niño(a) se debe anotar en la solicitud para servicios.</li> </ul>
¿Qué clase de documentos necesito?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba de sus ingresos, como talones de sus cheques de sueldo, o copia de la forma federal 1040 para declarar impuestos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba de sus ingresos, como su último formulario de declaración de impuestos, y talones de cheques de sueldo, o pagos recibidos porque es discapacitado.</li> </ul>

**GRAFICA PARA COMPARAR PROGRAMAS DE CUIDADO MEDICO**

<b>Preguntas</b>	<b>CaliforniaKids</b>	<b>Plan De Salud Infantil Kaiser Permanente Cuida A Sus Hijos</b>
¿Dónde se puede solicitar servicios?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Llame gratis al 800-374-4KID para que le manden una solicitud.</li> <li>• Mande su solicitud en cuanto la complete.</li> <li>• Puede hacer solicitudes en lugares cercanos, como centros de cuidado infantil, clínicas, escuelas, clubes de niños y niñas, hogares para jóvenes, y otras organizaciones que asisten a los niños en su área local.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Llame gratis al 800-255-5053 para que le manden una solicitud.</li> <li>• Mande su solicitud en cuanto la llene.</li> <li>• También le pueden dar solicitudes en algunas escuelas participantes.</li> </ul>
¿Cuánto se tardan en dárselos?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De 2 a 4 semanas después de que CaliforniaKids recibe su solicitud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toma como 30 días procesar su solicitud.</li> <li>• Los servicios se cubren a partir del 1o. de septiembre de 1998.</li> </ul>
¿Qué beneficios podemos recibir mi hijo/a y yo?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguro médico que cubre cuidado preventivo completo, y cuidado primario: consultas médicas, cuidado dental y de la vista, medicinas con receta, servicios de salud mental, servicios para tratar el abuso de substancias, y pruebas de laboratorio que sean necesarias.</li> <li>• Hospitalización y cirugía mayor no las cubre este plan de salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguro médico que cubre cuidado preventivo completo, cuidado primario, y de especialistas: consultas médicas, cuidado de la vista, medicinas con receta, servicios de salud mental, servicios para tratar el abuso de substancias, educación para la salud, servicios de hospital, y pruebas de laboratorio que sean necesarias.</li> </ul>
¿Dónde y cómo recibimos cuidado médico mi hijo y yo?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por medio de la cadena de proveedores de CaliforniaKids, que incluye: clínicas de la comunidad, oficinas médicas independientes, y grupos médicos.</li> <li>• Llame gratis al 800-374-4Kid, para que le den una lista de proveedores en su área local.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por medio de oficinas médicas y hospitales de Kaiser Permanente.</li> </ul>
¿Qué pasa si tenemos seguro médico?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si el niño califica o está inscrito en el programa completo y sin costo del Medi-Cal o de Healthy Families, el niño(a) no califica para CaliforniaKids.</li> <li>• Su hijo(a) puede estar inscrito en el Programa CCS, y calificar para CaliforniaKids.</li> <li>• Su hijo(a) puede tener seguro médico privado con un deducible grande (por lo menos de \$2,000 o más), y calificar para CaliforniaKids.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Su hijo(a) no puede tener otro seguro médico, como cobertura por parte de su trabajo, o seguro médico por medio de Medi-Cal o Healthy Families si quiere calificar para este programa.</li> </ul>

**GRAFICA PARA COMPARAR PROGRAMAS DE CUIDADO MEDICO**

<b>Preguntas</b>	<b>Comenzando Temprano Bajo I.D.E.A.</b>	<b>En El Hogar Servicios De Apoyo (IHSS)</b>
¿Quién califica?	Niños/as nacidos/as entre los 2 años y nueve meses de edad quienes:: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Experimentan un desarrollo lento y retardado</li> <li>• Han sido diagnosticados con una enfermedad física o mental o</li> <li>• Tienen un alto riesgo de desarrollar incapacidades físicas o mentales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Individuos que califican para SSI/SSP, o tipos similares de asistencia y</li> <li>• Si IHSS es una necesidad para el individuo para que viva seguro en su casa u hogar sin asistencia o ayuda</li> </ul>
¿Hay límites para ingresos recibidos?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguna</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El mismo límite de sueldo de SSI</li> </ul>
¿Cuánto cuesta?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nada</li> </ul>
¿Cuáles son los límites con respecto a propiedad personal? (¿Qué pasa si yo tengo mi casa y mi carro?)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguna</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los mismos límites de recursos del SSI</li> </ul>
¿Tengo que ser residente legal de los Estados Unidos?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si, para residentes de California</li> <li>• Imigrantes que viven permanentemente y son legales en los Estados Unidos puede que califiquen para IHSS</li> </ul>
¿Qué clase de documentos necesito?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Archivos médicos</li> <li>• Resultados de diagnóstico específico que demuestran la incapacidad física mental</li> </ul>	Los trabajadores sociales llenarán formas conocidas como “SOC 293” y “SOC 293a”, el cual determinará cuánto tiempo por semana usted ha sido permitido para ese para este servicio. El asistente social le dará copias de estas formas si usted las pide.
¿Dónde podemos solicitar esos servicios?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En el centro regional o en el centro local de plan de educación especial (SELPA)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted puede aplicar en el departamento de seguros sociales, también conocido como la oficina de “welfare.” Usted tiene la posibilidad de iniciar el proceso por teléfono. Para encontrar su oficina local de IHSS llame al 916-654-1956 o busque en la sección llamada “Recursos” de este manual.</li> <li>• Una vez que el formulario o aplicación es llenado, una visita a su casa será programada</li> </ul>
¿Cuánto tiempo toma para aplicar?	Dentro de 45 días desde que el niño fue referido a la agencia: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una evaluación debe ser llenada</li> <li>• Un plan de servicio Individual Familiar (IFSP) debe ser desarrollado para decidir sobre los servicios para la familia y el niño/a</li> </ul>	El formulario o aplicación debe ser procesado dentro de 30 días. Esto incluye determinación que usted ha sido calificado, la evaluación de necesidades y el aviso de acciones. Una excepción al requisito de 30 días puede ser hecho cuando se ha determinado una incapacidad y no ha sido recibida dentro de ese período de tiempo (30 días). Los beneficios pueden aun ser aprobados a pesar de la fecha de aplicación inicial, o cuando la evaluación esta hecha.

**GRAFICA PARA COMPARAR PROGRAMAS DE CUIDADO MEDICO**

<b>Preguntas</b>	<b>Comenzando Temprano Bajo I.D.E.A.</b>	<b>En El Hogar Servicios De Apoyo (IHSS)</b>
¿Qué beneficios podemos obtener mi hijo/a o yo?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios/equipos de asistencia tecnologica</li> <li>• Servicios de audiologia</li> <li>• Capacitación a la familia, terapia (counseling), y visitas al hogar</li> <li>• Algunos servicios de salud</li> <li>• Servicios de diagnostico medico o de propositos solo de evaluación</li> <li>• Enfermeria</li> <li>• Ayuda nutricional</li> <li>• Terapia ocupacional</li> <li>• Terapia fisica</li> <li>• Servicios psicologicos</li> <li>• Descanzo (respite)</li> <li>• Coordinación de servicios (Manejo de casos)</li> <li>• Servicios de trabajadores sociales</li> <li>• Instrucción Especial</li> <li>• Servicios de habla y lenguaje</li> <li>• Servicios de transportes</li> <li>• Servicios de visión</li> <li>• Otras cosas que sean necesarias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios domesticos y otros servicios (cocinar, limpieza, lavanderia, compras)</li> <li>• Servicios de cuidado personal (banarse, vestirse, ayudar a comer a la persona)</li> <li>• Transporte ecencial (ejemplo: a las visitas médicas)</li> <li>• Supervision de proteccion (mirando e interviniendo si alguna persona pudiera caminar en las calles, etc.)</li> <li>• Servios paramedicos, incluye dando inyecciones. Bajo las condiciones de que la persone llegue a ser auto suficiente, algunas enseñanzas y demostraciones pueden ser incluidas</li> </ul>
¿Cómo y donde mi familia recibe servicios?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esto varia de ciudad en ciudad. Los niños con baja probabilidades de incapacidad podrian recibir servicios de Plan de Area Local de Educación Especial o de la oficina de Educación. Niños con otras incapacidades reciben servicios de programas financiados por el Centro Regional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El beneficiario/a a del IHSS puede contratar su propio proveedor de cuidados. Los servicios son dados en la casa o hogar del beneficiario. El proveedor de cuidados debe llenar hojas de tiempo para poder recibir su sueldo (salario).</li> </ul>
¿Qué pasa si tenemos seguro médico?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otras aseguransas (o companias de seguros) no afectan los servicios a los que usted ha calificado. El centro regional le pedira que su aseguranza primaria pague por algunos servicio que también son ofrecidos por el Centro Regional. Si esos servicios son rechazados, el Centro Regional entonces pagara por ellos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otras aseguranzas no afectan al IHSS.</li> </ul>

**GRAFICA PARA COMPARAR PROGRAMAS DE CUIDADO MEDICO**

<b>Preguntas</b>	<b>Servicios Para Niños en California (CCS)</b>	<b>Personas del Programa de Incapacitados Genéticamente (GHPP)</b>
¿Quién califica?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niños/as y adultos jóvenes con menos de 21 años con ciertas condiciones médicas de quienes los padres pagan por algunos o todos los servicios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adultos mayores de 21 años con ciertas incapacidades hereditarias o genéticas como: Fibrosis Quísticas, PKU, Hemofilia, Anemia de la Celula Sickle</li> </ul>
¿Hay límites para ingresos recibidos?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menos de \$40,000 dólares</li> <li>• Si el ingreso de la familia es más que \$40,000, los gastos médicos deben ser un 20% mayores que el salario o ingreso familiar</li> <li>• Servicios de diagnóstico y PT (terapia física) y OT (terapia ocupacional) no tienen requisitos</li> <li>• Usted tendrá que aplicar también a Medi-Cal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguna</li> </ul>
¿Cuánto cuesta?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existe una tabla de ajuste de pago (fee) de acuerdo a su salario para servicios de tratamientos con excepción de personas bajo 200% FPL</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tabla de ajuste de acuerdo al pago</li> </ul>
¿Cuáles son los límites con respecto a propiedad personal? (¿Qué pasa si yo tengo mi casa y mi carro?)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguna</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguna</li> </ul>
¿Tengo que ser residente legal de los Estados Unidos?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No, pero confirmación o prube de la ciudad o condado de residencia es necesario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> </ul>
¿Qué clase de documentos necesito?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las formas de Tax Federales de Ingreso (Salario) o otra forma de prueba o confirmación de salario o ingreso</li> <li>• Registros médicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las formas de Tax Federales de Ingreso (Salario) o otra forma de prueba o confirmación de salario o ingreso</li> <li>• Registros médicos</li> </ul>
¿Dónde podemos solicitar esos servicios?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recomendado por los doctores o trabajadores sociales son preferidos</li> <li>• Llame al 916-654-0449</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Llame al 800-639-0597</li> </ul>
¿Cuanto tiempo toma para aplicar?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta 120 días después de la postulación o aplicación y de recibidos los registros médicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Más o menos 2 semanas después de recibimiento de los registros médicos</li> </ul>
¿Qué beneficios podemos obtener mi hijo/a o yo?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de Diagnósticos gratis</li> <li>• Todos los servicios a continuación: Doctores, hospital, cirugía, test de laboratorios, rayos-X, PT, OT, equipo médico y ortopédicos, manejo de casos incluyendo transporte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos los servicios deben ser pre-aprobados por la persona que maneja el caso cuidado médico dentro y fuera del hospital cuidado dental, cuidado en el hogar, prescripciones, suplementos nutricionales, cuidado de descanso, equipo médico y ortopédico, transporte</li> </ul>
¿Cómo y donde mi familia recibe servicios?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CCS aprueba los doctores y hospitales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centros aprobados de GHPP, doctores privados que trabajan con estos centros, hospitales locales</li> </ul>
¿Qué pasa si tenemos seguro médico?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CCS cubra solo esos servicios los cuales han sido rechazados por las otras aseguranzas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otras aseguranzas son permitidas. GHPP cubra los gastos que no han sido pagados y provea servicios si otras aseguranzas son perdidas.</li> </ul>

\* Federal Poverty Level

**GRAFICA PARA COMPARAR PROGRAMAS DE CUIDADO MEDICO**

<b>Preguntas</b>	<b>WIC (Servicios de Nutrición para Mujeres, Bebés, y Niños)</b>	<b>Centro Regional</b>	<b>Salud Mental Para La Comunidad</b>
<b>¿Quién califica?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Madres embarazadas, dando pecho, o después de su parto, que no tienen mucho dinero</li> <li>• Niños menores de 5 años.</li> <li>• Exámenes médicos de rutina son mandatorios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jóvenes menores de 18 años que tienen ciertas discapacidades, como retraso mental y enfermedades mentales parecidas, parálisis cerebral, epilepsia, autismo, discapacidades de desarrollo mental.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niños y jóvenes que reciben servicios completos de Medi-Cal.</li> <li>• Jóvenes referidos por las escuelas para asistir a clases de educación especial.</li> </ul>
<b>¿Hay límites para ingresos recibidos?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingresos anuales de menos de 200% FPL*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguno.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguno</li> </ul>
<b>¿Cuánto cuesta?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nada, con la excepción de servicios psiquiátricos de emergencia, cuando Medi-Cal, u otro seguro médico, no los cubren.</li> </ul>
<b>¿Cuáles son los límites con respecto a propiedad personal? (¿Qué pasa si yo tengo mi casa y mi carro?)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguno.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguno.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguno.</li> </ul>
<b>¿Tengo que ser residente legal de los Estados Unidos?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No.</li> </ul>
<b>¿Qué clase de documentos necesito?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulario médico que el doctor preparó.</li> <li>• Prueba de su domicilio o dirección de su casa.</li> <li>• Pruebas de su salario.</li> <li>• Documentos que muestran la comida que su hijo(a) recibe.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Archivos, documentos médicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguno.</li> </ul>
<b>¿DÓNDE PODEMOS SOLICITAR ESOS SERVICIOS?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comuníquese con la oficina de WIC. Llame al 888-WIC-WORKS, para que le digan adónde puede llenar una solicitud para que le den servicios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Llame al Centro Regional/Regional Center, o al Departamento de Servicios de Desarrollo Mental al 916-654-1897.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Llame a la oficina local de Community Mental Health Service/Servicios de Salud Mental de la Comunidad, o pídale a su escuela que le den una referencia para ir al especialista.</li> </ul>
<b>¿Cuánto tiempo se tardan para aprobar los beneficios que solicitamos?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le ofrecen beneficios de inmediato, después de haber completado la solicitud, y haber presentado los documentos necesarios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se tardan 60 días para evaluar su solicitud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inmediatamente.</li> </ul>

\* Federal Poverty Level

**GRAFICA PARA COMPARAR PROGRAMAS DE CUIDADO MEDICO**

<b>Preguntas</b>	<b>WIC (Servicios de Nutrición para Mujeres, Bebés, y Niños)</b>	<b>Centro Regional</b>	<b>Salud Mental Para La Comunidad</b>
<b>¿Qué beneficios podemos obtener mi hijo(a) o yo?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cupones de comida.</li> <li>• Consejería para una buena dieta nutritiva.</li> <li>• Apoyo para las madres que dan pecho.</li> <li>• La refieren a especialistas médicos, y a otros servicios que necesite.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluaciones, rehabilitación y entrenamiento, tratamiento, terapia, prevención, arreglos especiales para su vivienda, integración a la comunidad, apoyo para la familia, intervención para situaciones críticas, equipo especial, transportación, servicios de intérprete o traductor, abogan por sus derechos, cupones para comida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluaciones médicas en la clínica, o psicológicas. Referencias a practicantes médicos de la comunidad.</li> <li>• Todos los servicios que un IEP (plan individual) requiere, incluyendo tratamientos en el consultorio o en su casa, si son necesarios.</li> <li>• Servicios psicológicos de emergencia. Si su seguro no los cubre, debe pagar una cantidad mínima de dinero.</li> </ul>
<b>¿Cómo y dónde podemos recibir esos servicios mi hijo(a) y yo?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En las clínicas de WIC.</li> <li>• Puede recibir cuidado médico del doctor que prefiera.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El Regional Center de su área le da la referencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Después de las evaluaciones le van a referir para que vaya a practicantes de la comunidad, o a centros de tratamiento.</li> </ul>
<b>¿Qué pasa si tenemos seguro médico?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No afecta los beneficios que recibe de WIC.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No afecta los beneficios que recibe.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No afecta los beneficios que recibe, pero le cobra al Medi-Cal, o a su seguro médico privado, con su autorización.</li> </ul>



## **Para Escoger Un Plan De Cuidado Administrado Y Un Proveedor De Servicios**

### **CONTENIDO:**

1. Cómo escoger un Plan de Salud de Cuidado Administrado
2. Cómo escoger un doctor regular o principal (PCP)
3. Hoja de apuntes para poder Escoger un buen Proveedor de Servicios

### **COMO USAR ESTA SECCION:**

- √ Lea toda la información sobre cómo escoger un plan de salud.
- √ Encuentre respuestas a sus preguntas revisando el manual del plan de salud, o entreviste a la persona que administra el plan, preferiblemente al Coordinador del Programa para Personas con Discapacidades.
- √ Prepare las preguntas que le quiere hacer al pediatra o a su doctor regular.
- √ Use la hoja de apuntes para asesorar si el proveedor de servicios puede servirle en forma apropiada y de acuerdo con las necesidades únicas de su hijo(a).
- √ Busque un plan y un proveedor que le sirvan en forma adecuada para satisfacer las necesidades de su hijo y su familia.

## PARA ESCOGER UN PLAN DE CUIDADO MEDICO ADMINISTRADO

Una de las primeras etapas de su jornada es la de escoger un plan de salud que satisfice sus necesidades. Para escoger un buen plan, debe contar con las opciones que hay en su área local, las que ofrecen por parte de su trabajo, o las que puede pagar con su propio dinero. Piense cuáles son los factores más importantes para usted y su familia. Es muy importante que tenga la lista de beneficios que ofrece cada plan que está considerando, y la lista de doctores de cada plan. Esas listas las encuentra en donde trabaja, en la oficina de personal del trabajo, el administrador del plan, o el departamento de personal del Estado. Si necesita un especialista en especial, o un doctor regular, debe comenzar el proceso teniendo en cuenta esos nombres específicamente.

La mayoría de descripciones de beneficios le van a parecer como que están escritas en un idioma extraño porque son muy difíciles de entender, y casi imposibles de interpretar. A veces no describen todos los servicios que ofrecen, ni listan los servicios que excluyen. Haga cita con alguien de su trabajo que es experto en la materia, o con algún representante del plan administrado para que le ayuden a desenredar toda la información que ofrecen. Asegúrese de que toda la información que recibe por parte de su trabajo es la misma que le ofrece el plan de salud, y que le dan todos los detalles necesarios para que usted la entienda.

A continuación le ofrecemos una lista de servicios de cuidado de salud. Cuando escoga un plan, esté seguro de que incluye los servicios que usted necesita:\*

### Terapia/Cuidado en el Hogar/Servicios de Planificación

Terapia del habla y del idioma  
Terapia física  
Terapia vocacional  
Servicios de Consejería para la Nutrición  
Servicios de Enfermera en el Hogar  
Asistentes de Cuidado Personal  
Asistencia de salud en el hogar  
Consejería/Servicios de Salud Mental  
Servicios de Genética  
Servicios de Hospicio  
Administración de Casos Individuales  
Exámenes Diagnósticos

### Medicamentos y Artículos Médicos

Tubos para traqueostomías  
Tubos para gastrostomías  
Alforjas o Bolsas con nutrientes  
Productos alimenticios especiales  
Vendas de gasa u otro material  
Medicinas con receta

### Equipo Médico de Larga Duración

Ventiladores  
Equipo de Succión  
Equipo para alimentación intravenosa  
Compresores de Aire  
Aparatos para bombear alimentos  
Monitores  
Sillas de ruedas  
Vendajes, tobilleras  
Yesos, moldes  
Prótesis

### Equipo de Adaptación

Sostén para mantenerse boca abajo  
Mesas de esquina  
Asientos especializados para carros  
Artículos de ayuda en el baño  
Adaptaciones para vanes, camionetas  
Rampas  
Zapatos ortopédicos  
Anteojos  
Aparatos ortodónticos  
Prótesis  
Equipo de comunicación

---

\* List is adapted from *PASSPORT: For Children with Special Health Care Needs* from University Affiliated Program, Child Development & Rehabilitation Center, Oregon Health Science University

Algunas de las preguntas que debe hacer:

- ¿Es obligatorio inscribir a mi hijo, que califica para el Medi-Cal, en un plan de salud administrado?
  - ¿Pertenece su hijo al Medi-Cal sin tener que pagar? (Probablemente tiene que escoger un plan)
  - ¿Le dan SSI, ayuda suplementaria del Seguro Social, a su hijo, o lo tiene con padres adoptivos? (Probablemente no tiene que escoger un plan de salud)
- ¿Qué proveedores tienen contrato con el plan de salud que usted prefiere?
  - ¿Está su doctor regular en la lista de doctores del plan que está considerando?
  - ¿Quiere seguir con su doctor regular?
  - ¿Se va a sentir cómoda si le asignan un doctor regular?
- ¿Pertenece al plan que usted quiere los especialistas que su hijo necesita?
  - ¿Hay acceso directo para que su hijo reciba cuidado médico de especialistas?
- ¿En dónde están los hospitales y las clínicas? --¿Son accesibles físicamente?
  - ¿Tiene privilegios en hospitales y clínicas del área cercana su proveedor médico principal?
- ¿Hay fondos para pagar mi transportación (o es un gasto que cubre la organización de cuidado médico administrado)?
- ¿Tienen entrenamiento en cuidado pediátrico los terapeutas y los especialistas?
- ¿Cuál es el proceso que uno debe seguir para que le autorizen cuidado médico urgente o de emergencia cuando uno está de viaje, o fuera del Estado?
- ¿Hay servicio de intérpretes en las clínicas, y por teléfono?
- ¿Hasta qué punto cubren el costo de equipo y artículos médicos? ¿Adónde se compra el equipo y otros artículos médicos necesarios? ¿Quién se encarga de reparaciones y repuestos? ¿Quién se encarga de aprobar pedidos para equipo y artículos médicos?
- ¿Cómo cubren el costo de medicinas, y adónde hay que comprarlas? ¿Hay límites o restricciones para la cantidad de drogas que le pueden recetar a uno, y que las cubra el plan de salud (“formulario de medicinas”)?
- ¿Hay alguna clínica del plan que se especializa en la discapacidad o puede tratar la diagnosis que le han dado a su hijo? ¿Hay clases o materiales de lectura que expliquen cómo se puede ser mejor padre de familia, y que contengan información por escrito acerca de la enfermedad o diagnosis de su hijo?
- ¿Cuál es el proceso que hay que seguir, o cuáles son las alternativas que uno tiene cuando uno quiere quejarse o no está de acuerdo con alguna acción propuesta o llevada a cabo?
- Si no está satisfecho, ¿se puede uno salir del plan de salud?
- ¿Es posible cancelar el plan? ¿por qué motivo? ¿Hay algún proceso para apelar esas acciones?
- ¿Preferiría que todos los de su familia estuvieran en el mismo plan de salud?
  - ¿En qué forma funcionan los planes de salud para miembros de su familia? ¿Hay alguno de ellos que también requiera cuidado médico especial como su hijo?

## COMO ESCOGER UN PEDIATRA O DOCTOR PRINCIPAL

Su hijo tal vez tiene que ir a varios doctores, clínicas, y hospitales. Pero, en conclusión, sólo usted es el experto con respecto a la salud de su hijo, y la persona encargada de administrar los servicios que su hijo necesita. Sus funciones como administrador de la salud de su hijo incluyen escoger un pediatra, mantener una buena relación con ese doctor(a), evaluar la situación, y guardar documentos que le den durante sus visitas al doctor. Para mantener una buena relación con su doctor, usted debe buscar a alguien que lo respete en su capacidad de experto con su hijo, y que lo considere como a un socio competente del grupo de cuidado médico que su hijo necesita. También debe buscar a alguien que acepta que los necesidades de cuidado médico de su hijo son sólo una parte de las prioridades de su familia, y que a veces, las necesidades de la familia y sus preocupaciones son más importantes que nada.

La clínica o el doctor regular de su hijo se encarga de guardar documentos y mantener el expediente de su hijo al día. Usted debe hacer lo mismo. Una de sus responsabilidades es de tener todos los documentos médicos de su hijo archivados en un lugar seguro. Sus archivos pueden consistir de una caja con expedientes médicos, o pueden ser archivos de lujo; de usted depende. Vea la sección siguiente que explica “Cómo ser socios con su proveedor médico.” Lo más importante son la buena comunicación, y las buenas relaciones con el grupo médico de su hijo. El equipo consiste de usted, su hijo si lo considera prudente, su doctor regular, el grupo de intervención preventiva, el personal de la escuela.

Desde el punto de vista de una persona que cree en el concepto de la familia unida, lo que usted quiere que su doctor regular haga es:

- Ayudarle a buscar, y mantener su información al día, para que usted pueda leer más y comprender mejor la condición médica de su hijo. Recuerde que la situación de su hijo no es temporal, y que el proceso de aprendizaje va a seguir por toda su vida.
- No olvidar que debe comunicarle información importante sobre la enfermedad de su hijo. Que no le oculte la gravedad de la enfermedad de su hijo. Que no tenga pena de usar términos médicos cuando es necesario.
- Alguien que esté de acuerdo con darle copias de expedientes y reportes médicos de su hijo.
- Alguien que le ayude a entender todas las posibilidades que existen, y que le explique cuál es la peor y cuál es la mejor prognosis para su hijo.
- Alguien que reconozca la seriedad de su situación, y que debido a eso, le responda de inmediato cuando usted necesita información médica, referencias a especialistas, etc. Servicios adecuados para la salud del niño pueden comenzar o seguir gracias a su pedido.
- Alguien que pueda recordarle de los atributos de los niños, y de su fuerza interior de carácter.
- Alguien que va a reunirse con usted para platicar sobre áreas de la salud de su hijo, que parecen ser problemas.

Desde el punto de vista práctico, hay cosas que tal vez quiera preguntarle al doctor antes de que atienda a su hijo:

- ¿Tiene pacientes que son niños con discapacidades?

- ¿Tiene experiencia con niños que padecen de \_\_\_\_\_?
- Describa la discapacidad de su niño. (discapacidad de su niño/a)
- ¿Se sentiría incómodo si tuviera que colaborar con un grupo de doctores que también atienden a mi hijo(a)?
- ¿Puede darnos citas que tardan más tiempo de lo que usted generalmente permite?
- ¿Quién se encarga de sus pacientes cuando usted se ausenta?
- ¿Quién se encarga de chequear pre-autorizaciones, o permisos para cuidado médico especializado?  
¿Cuál es el proceso para conseguir pre-autorizaciones?
- ¿Qué hospital usa para pacientes que deben internarse en el hospital o que tienen que ir al hospital para hacerse exámenes?
- ¿Qué clase de servicios hay en ese hospital para niños y familias como la mía? Si mi hijo estuviera interno en el hospital, ¿me podría quedar con él/ella?
- ¿Cómo va a prevenir que mi hijo no sienta miedo, incomodidad, o dolor cuando tenga que prepararlo para una operación seria?
- Después de haber examinado a mi hijo, ¿puede pedirle a alguien de su personal que lo cuide para que podamos hablar a solas por unos minutos usted y yo?
- ¿Nos va a cobrar extra por esa clase de arreglos?

Por favor lea “Evaluating Managed Care Plans for Child with Special Health Care Needs: A Purchaser’s Tool – Evaluando Planes de Cuidado Administrado para Niños que necesitan Cuidado Especial: Asistencia para el Comprador”; y el artículo que se llama “What to Look for When Picking a Provider – Lo que debe considerar cuando necesita un proveedor médico”, que le damos con este manual.

<b>PREGUNTAS PARA EL DOCTOR</b>	Nombre: Dirección: Teléfono:	Nombre: Dirección: Teléfono:	Nombre: Dirección: Teléfono:
¿Tiene pacientes que son niños con discapacidades?			
¿Tiene experiencia con niños que padecen de _____? Describe la discapacidad de su niño (discapacidad de su niño/a)			
¿Se sentiría incómodo si tuviera que colaborar con un grupo de doctores que también atienden a mi hijo(a)?			
¿Puede darnos citas que tardan más tiempo de lo que usted generalmente permite?			
¿Quién atiende a sus paciente cuando usted está ausente?			
¿Quién se encarga de chequear pre-autorizaciones, o permisos para cuidado médico especializado?			
¿Cuál es el proceso para conseguir pre-autorizaciones?			
¿Qué hospital usa para pacientes que deben internarse en el hospital o que tienen que ir al hospital para hacerse exámenes?			
¿Qué clase de servicios hay en el hospital para niños y familias como la mía? Si mi hijo estuviera en el hospital, ¿me podría quedar con él/ella?			
¿Cómo va a prevenir que mi hijo no sienta miedo, incomodidad, o dolor cuando tenga que prepararlo para una operación seria?			
Después de haber examinado a mi hijo, ¿puede pedirle a alguien de su personal que lo cuide para que podamos hablar a solas por unos minutos?			
¿Nos va a cobrar extra por esa clase de arreglos?			

## **COLABORANDO CON SU PROVEEDOR MEDICO**

### **CONTENIDO:**

1. Colaborando como socios con su proveedor médico
2. Comunicación efectiva con su proveedor médico
3. Formulario: Preguntas o Dudas
4. Sus archivos: Cómo organizar los documentos de su hijo(a)
5. Formulario: Lista de llamadas por teléfono
6. Formulario: Lista de personas claves
7. Autorización Para Obtener Expedientes Médicos/Authorization For Release Of Medical Records

### **COMO USAR ESTA SECCION:**

- √ Lea la información sobre cómo mantener buena comunicación, y archivar documentos.
- √ Use esta información para crear un libro de anotaciones para su hijo(a).
- √ Decida qué formas o formularios le sirven más para su situación personal, y haga copias para su uso personal.
- √ Recuerde que es mejor dejar las copias originales en este manual; haga copias

## Colaborando Con Su Proveedor Medico

La clave para que le den la mejor atención médica a su hijo(a) es colaborar como si fueran socios con las personas que son parte de su cuidado médico. Socios son dos personas o más que trabajan en sociedad por una meta común, es este caso, cuidar a su hijo lo mejor posible. Cuando las personas trabajan como socios, unen sus mejores cualidades para alcanzar una meta que una sola persona no puede lograr.

Sus doctores son los expertos para diagnosticar condiciones médicas comunes, y para ofrecerle alternativas para el tratamiento de su hijo. Su papel como padre de familia es de igual importancia. Para algunos padres, es difícil poder aceptar esto. Tal vez apenas comienza a sentir confianza con su hijo. Tal vez no pueda verla todos los días. Aún así, como padre, usted siente el amor y tiene la obligación de velar por su bienestar. Usted tiene sus propias ideas de lo que puede ser eficaz para el tratamiento de su niña(o). Usted la previene para que cuando vaya al doctor no sienta miedo; usted la consuela si tiene miedo. Usted no posee el conocimiento técnico, pero es la persona más capaz de hacer decisiones sobre lo que es mejor para usted y su familia.

A veces, para poder recibir la mejor atención médica para su hijo, debe ser capaz de colaborar como socios, con profesionales que la pueden diagnosticar o darle tratamiento. A continuación le damos una lista de características para que una sociedad funcione con éxito:

- Hable claramente. Dígale a los proveedores médicos que es importante que exista apoyo y cooperación para darle el mejor cuidado médico a su hijo. Dígale a estas personas lo que quiere y lo que necesita de ellos – y específicamente, dígales en qué forma le pueden ayudar.
- Piense que usted es el doctor. Considérelo, y piense qué cosas puede hacer para hacerle la vida más llevadera.
- Busque a profesionales que quieren cooperar con usted. Si no cree que las cosas marchan bien con alguno de los profesionales, debe hablar con esa persona. Y si eso no da resultado, es mejor buscar a otro proveedor médico. Programas como el Medi-Cal, algunos planes de salud, grupos médicos, y hospitales, tienen sus propios coordinadores de servicios médicos. Esas personas le pueden ayudar con la información que necesite.
- Comparta toda la información con los profesionales. Si su hijo tiene problemas médicos complicados, es mejor que se reúna con todos los profesionales que forman parte de su grupo médico para discutir en general el historial completo de su hijo.
- Sea sincero con sus puntos fuertes, y con áreas que desconoce. Intercambie información en una forma completa, y admita su ignorancia si no sabe algo. Tenga confianza y respeto para las opiniones de otros.
- Cumpla con los esfuerzos y las metas que se han propuesto con su grupo médico. Busquen soluciones creativas para sus problemas. Apóyense mutuamente para lograr sus metas.
- Siempre van a resultar problemas. Si ese es el caso, recuérdese que no todas las soluciones son simples. A veces, las soluciones no dependen ni de usted ni del doctor. Por ejemplo, para obtener autorización para ir a terapia ocupacional, el doctor tiene que llenar un formulario para pedir la autorización. Y después, es cuestión de esperar. Si no autorizan su petición, puede apelar la decisión. Para eso hay que seguir un proceso formal. Todo esto toma tiempo y paciencia. Si quiere más información, vea la Sección E de este manual que tiene por título: “Para Cambios Efectivos: Asistencia Para Lograrlo.”

---

Adapted from *Taking Charge: A Parent's Guide to Health Care for Children with Special Needs*, the Parent Educational Advocacy Training Center and the ARC of Northern Virginia.

## PARA COMUNICARSE CON SU PROVEEDOR MEDICO

Generalmente, es difícil compartir ideas, hacer preguntas, comunicar dudas o sentimientos que tenemos a diario. Cuando uno va al consultorio para una cita con el doctor, de prisa, con su hijo o hijos en el salón, la sala de espera llena de pacientes, y otras distracciones que nunca faltan, es aún más difícil poder expresarse, y hacer las preguntas que queremos. A veces, pensamos que es mejor dejarlo para una próxima vez.

Algunos padres de familia nos contaron de algunas estrategias que los han ayudado a comunicarse mejor con sus doctores, enfermeras, terapeutas, y otros proveedores médicos. Tal vez algunas de las ideas que le damos a continuación le sirvan para que su proveedor médico pueda entender mejor algunas de las cosas que le preocupan de la salud de su hijo.

- Lleve a alguien de su confianza. Si puede, lleve a su esposo o a alguna amiga a la cita con el doctor. Y si es necesario, su amiga puede encargarse de su hijo para que usted le pueda hablar al doctor a solas y sin distracciones. Otra persona adulta le ayuda a recordar lo que el doctor le dijo.
- Tenga una lista de preguntas para el doctor antes de ir a la cita. Es mejor que escriba sus preguntas. Revise la lista con su doctor, o pídale que responda a las preguntas que usted considera más importantes primero. Las otras preguntas las puede responder después.
- Debe prevenir al doctor. Casi todos los doctores se mantienen muy ocupados, y es mejor que le llame antes de ir a la cita. Explíquele que tiene varias cosas que preguntarle, y que necesita que le dé más tiempo para la cita. A veces, es mejor que le diga al doctor cuáles son las preguntas que tiene, para que pueda darle las mejores respuestas cuando lo vea.
- Reconozca lo bueno. Demuestre su aprecio por las cosas positivas que el doctor hace por usted y por su hijo. Celebre con su doctor los éxitos que sucedan. Muéstrele fotos de su hijo y de sus logros. Cuénteles de los adelantos que su hijo ha hecho.
- Comparta sus opiniones y lo que piensa de su situación. Si tiene creencias personales, culturales o religiosas que van a afectar la forma en que va a seguir las instrucciones del médico con respecto a la salud de su hijo, debe decírselo al doctor.
- Tome notas de lo que el doctor le dice. Revíselas con el doctor para asegurarse de que los dos están de acuerdo con lo dicho, y que ambos se entienden.
- Si lleva a su hijo a especialistas, asegúrese de que su doctor regular reciba copias de todos los reportes para que esté atento a cualquier cambio. Use la forma "Authorization for Release of Medical Records-Autorización Para Obtener Expedientes Médicos", que le damos en esta sección para ayudarlo a completar el proceso que debe seguir.
- Cuando vaya a la cita, pida copias de los reportes de la salud de su hijo para tener sus archivos al día.

---

Adapted from *Taking Charge: A Parent's Guide to Health Care for Children with Special Needs*, the Parent Educational Advocacy Training Center and the ARC of Northern Virginia.

## PREGUNTAS Y DUDAS

Fecha:
Nombre del Proveedor Médico:
Teléfono:

Preguntas o Dudas	Respuestas
1)	
2)	
3)	
4)	

Instrucciones

Volver a preguntar	¿A quién?	¿Cuándo?

Adapted from *Taking Charge: A Parent's Guide to Health Care for Children with Special Needs*, the Parent Educational Advocacy Training Center and the ARC of Northern Virginia.

## PARA MANTENER SUS ARCHIVOS AL DIA

Poder administrar las necesidades únicas, complejas, y múltiples de su hijo es una labor monumental. Aunque tenga administradores sociales de casos, u otras personas que se encargan de coordinar aspectos específicos del cuidado médico de su hijo, usted es el coordinador principal de cualquier servicio que le ofrezcan a su hijo. Si sigue su propio método, y tiene un cuaderno de notas a la mano para organizar la información sobre su hijo, eso le va a servir de mucho a usted y a los proveedores médicos de su hijo.

Tener la información necesaria y mantenerla al día toma mucho tiempo. Tenerla a la mano es como tener el cuadro completo de la salud de su hijo, que puede compartir con otros profesores, doctores, y otras personas. Vale la pena. A continuación le incluimos unos consejos para que se organice mejor:

- Mantenga todos los originales en un lugar seguro, y ponga sólo copias en el cuaderno de notas.
- Ponga todos sus documentos en un cartapacio de tres agujeros. Por si acaso se le cae el cartapacio, las páginas no se sueltan y permanecen en su puesto.
- Si el cartapacio se pone muy pesado, pase las hojas que no necesita a sus archivos de la casa. Revise sus archivos, y tire los papeles que no necesita.
- Mantenga una lista o resumen de los documentos que tiene en el cartapacio.
- Si tiene muchos documentos, sepárelos de acuerdo con su orden. Piense si los quiere archivar por secciones, basado en el tipo de documento que es, o si los quiere archivar en orden cronológico, de acuerdo con la fecha del documento.
- Ponga marcas, con el nombre del doctor, en reportes que usted sabe va a volver a revisar, por ejemplo, reportes de operaciones, y expedientes de darle de alta al paciente.
- Anote comentarios personales en copias del documento, o en una hoja suelta. Por ejemplo, si su niño vomita cuando le da ciertos medicamentos, apúntelo para que su doctor le recete una medicina diferente.
- Si a su hijo le han recetado varias medicinas, mantenga una lista de las medicinas, incluyendo cambios a la dosis, fecha de comienzo del tratamiento, y fecha de vencimiento de la medicina. Recuerde que debe apuntar cualquier reacción negativa. No se confíe a la memoria.

---

From *Passport Managed Care Guide, Families as Participants: Working Within a Managed Care System, and Taking Charge: A Parent's Guide to Health Care for Children with Special Needs*, the Parent Educational Advocacy Training Center and the ARC of Northern Virginia

## LISTA DE TELEFONOS

**Seguro/Aseguranza**

Nombre \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 No. de póliza \_\_\_\_\_  
 Suscriptor \_\_\_\_\_  
 Número \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_  
 Comunicarse con \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_

**Programa Público**

Nombre \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_  
 No. de ID del niño \_\_\_\_\_  
 Comunicarse con \_\_\_\_\_

Fecha/Hora	Persona que llamó	Número de teléfono	Tema de discusión	Decision Made

## LISTA DE CONTACTOS IMPORTANTES

	Nombre	Dirección	Teléfono
Médico Regular			
Especialista:			
Especialista:			
Hospital			
Enfermera Consejera			
Plan de Salud			
Farmacia			
Apoyo Para la Familia			
Otra Agencia			
Otra Agencia			

## AUTHORIZACION PARA OBTENER EXPEDIENTES MEDICOS

Fecha: \_\_\_\_\_

A: (Nombres de los doctores, Etc.)

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

**RE: Expedientes médicos y documentos de:**

\_\_\_\_\_  
(Nombre de su hijo)

De: (Su nombre, dirección y teléfono)

---

---

Por favor, mande el historial médico completo de:

\_\_\_\_\_  
(Nombre de su hijo)

\_\_\_\_\_  
(Fecha de nacimiento)

**A:**

\_\_\_\_\_  
(Persona que es su Contacto)

\_\_\_\_\_  
(Nombre de la agencia)

\_\_\_\_\_  
(Dirección)

**Y a mi casa:**

\_\_\_\_\_  
(Su nombre)

\_\_\_\_\_  
(Dirección)

\_\_\_\_\_  
(Teléfono)

Quisiera que en el futuro, me manden los reportes y otros documentos a mi casa. Eso me ayuda a coordinar la información necesaria, y las decisiones que debo hacer con respecto a la salud de mi hijo.

Muchas gracias por su colaboración,

\_\_\_\_\_  
(Su firma)

## **PARA CAMBIOS EFECTIVOS: ASISTENCIA**

### **CONTENIDO:**

1. Descripciones de procesos de apelar decisiones para servicios específicos
2. Un “mapa” (o diagrama) de cada uno de los varios sistemas de servicios que muestra:
3. Cómo se refiera a las personas a otros especialistas,
  - a. Cómo se ofrecen los servicios, y
  - b. Adónde debe ir para que le ayuden si a su hijo(a) le negaron servicios
  - c. Consejos y sugerencias para escribir cartas
4. Cartas de muestra, ejemplos
5. Agencias que regulan servicios

### **COMO USAR ESTA SECCION:**

- √ Lea la información que le den por escrito para que pueda entender mejor de qué forma puede abogar por su hijo dentro del sistema que necesite le dé servicios.
- √ Use los “mapas” para determinar cuál va a ser el siguiente paso que va a tomar para poder ayudar a su hijo(a).
- √ Use las cartas de muestra como una guía al escribir sus propias cartas.
- √ Anote cualquier llamada de teléfono que haga.

Cómo obtener los servicios que su hijo(a) necesita de:  
**PLANES DE CUIDADO ADMINISTRADO DE SEGUROS PRIVADOS**  
(HMOs, PPOs)

Si su niño(a) necesita cuidado médico, tratamiento, o terapia de otro doctor que no es su doctor regular (PCP):

- El doctor regular debe aprobar su petición, y darle una referencia; y
- El Comité de Referencias de la organización de cuidado administrado, o MCO referral committee, aprueba o niega los servicios.

(No es raro que le nieguen servicios, porque los planes de cuidado administrado limitan bastante el uso de especialistas, tratamiento, y terapia.)

**SI USTED Y SU DOCTOR REGULAR NO ESTAN DE ACUERDO CON LOS SERVICIOS QUE SU HIJO (A) NECESITA:**

- Recuerde que el primer NO nunca es la última palabra.
- Vuelva a mandar su petición por escrito, incluyendo documentación adicional, y/o razones adicionales que reafirman la necesidad que existe para que le den la referencia.
- Llame a su administradora de casos para discutir las opiniones que ambos tienen con respecto a los servicios que son necesarios. Averigüe si puede abogar por su hijo, por ejemplo, aconsejarle sobre la clase de información que puede incluir con su carta, y que puede ser importante para convencer al doctor regular, y que apruebe su pedido.
- Exiga que le den por escrito las razones para negarle los servicios o referencia.
- Tal vez quiera cambiar de doctor regular para su hijo(a). Debe hacer eso después de haberlo pensado con cuidado. Compare la ayuda que ha recibido antes de ese mismo doctor, y si este incidente le parece tan serio, tal vez sea bueno que considere el cambio de doctor.

**SI SU DOCTOR REGULAR APRUEBA PERO SU ORGANIZACION DE CUIDADO ADMINISTRADO NIEGA SU PETICION:**

- Recuerde que el primer NO nunca es la última palabra. Vuelva a probar.
- Pídale una carta a su doctor regular para mandarla con la suya.
- Asegúrese de indicarles que los servicios están relacionados con el cuidado médico, que van a beneficiar a su niño(a), y que con esos servicios se van a evitar gastos mayores en el futuro.
- Comuníquese con su administradora de servicios y pídale que abogue por las necesidades especiales de su hijo. Por ejemplo, que le aconseje sobre la información que debe mandarles, y que puede ser importante para el comité de la organización, y convencerlos de que aprueben su petición.
- Exiga que le den por escrito las razones para negarle los servicios.
- Comuníquese por escrito con el director médico del plan de cuidado administrado, e infórmele de lo siguiente:

- Lo importante que es el servicio que pide;
- Los esfuerzos que ha hecho para obtener los servicios;
- Razones específicas por las que le niegan los servicios que pide.

Escríbalas que las razones para el rechazo de servicios no es aceptable, y que usted va a apelar esa decisión. Déles una fecha exacta para que le contesten por escrito.

- Use el proceso formal de quejas de la organización de cuidado administrado. Apunte todo lo que le dicen, y a quién le ha hablado, incluyendo la fecha, el número de teléfono, y un resumen de la conversación. Es mejor que confirme todo lo dicho por escrito, y que mande todas sus cartas por correo certificado. Exiga que le respondan por escrito.
- Si no puede resolver su queja por los proceso de rutina de la organización de cuidado administrado, llame a la Unidad de Servicios para el Consumidor del Departamento de Atención Médica Administrada (Consumer Services Unit) al (800) 400-0815. “Las personas que pertenecen o están en el proceso de inscribirse en el plan, pero que quieren presentar quejas contra ese plan de salud, pueden llamar a la línea especial de teléfono para consumidores, para registrar sus quejas urgentes inmediatamente; o para obtener un formulario de petición para asistencia (RFA) cuando su plan de salud no ha resuelto su queja en 60 días; o cuando los del plan han llegado a la conclusión de que ya le dieron suficiente consideración a su caso, pero no lo resolvieron a su satisfacción.” El Departamento de Atención Médica Administrada estudia su situación, y confirma que usted ha tratado de resolver su caso con su organización de cuidado administrado. Le van a mandar un formulario para que presente su queja, y van a tratar de mediar entre usted y el MCO para resolver el problema.

\*\* Por favor, note: La Sección 1368(b)(1)(A) del Acta Knox-Keene estipula lo siguiente con respecto a cuidado médico de emergencia “...En cualquier caso en que el Departamento determina que se trata de un caso en el que hay peligro inminente y serio para la salud del paciente, incluyendo, pero no necesariamente limitado a que el paciente puede perder la vida, una pierna o un brazo, o una función vital; o en cualquier otro caso que el Departamento determina que deben examinar el caso antes de los acostumbrado, una persona suscrita al plan, o que está en proceso de inscribirse, no tiene que pasar por el proceso de quejas, ni participar en el proceso por lo menos por 60 días .” Si cree que al rehusarle su petición para servicios, la organización de cuidado administrado está poniendo en peligro la vida de su hijo(a), presente su queja urgente al Departamento de Corporaciones.

**ESTA INFORMACION SOLAMENTE LE SIRVE DE GUIA PARA LOS SERVICIOS QUE OFRECEN. PARA INFORMACION COMPLETA SOBRE EL PROCESO PARA QUEJAS, COMUNIQUESE CON LA OFICINA DE SERVICIOS PARA CLIENTES DE SU PLAN DE SALUD, Y CON EL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA ADMINISTRADA.**

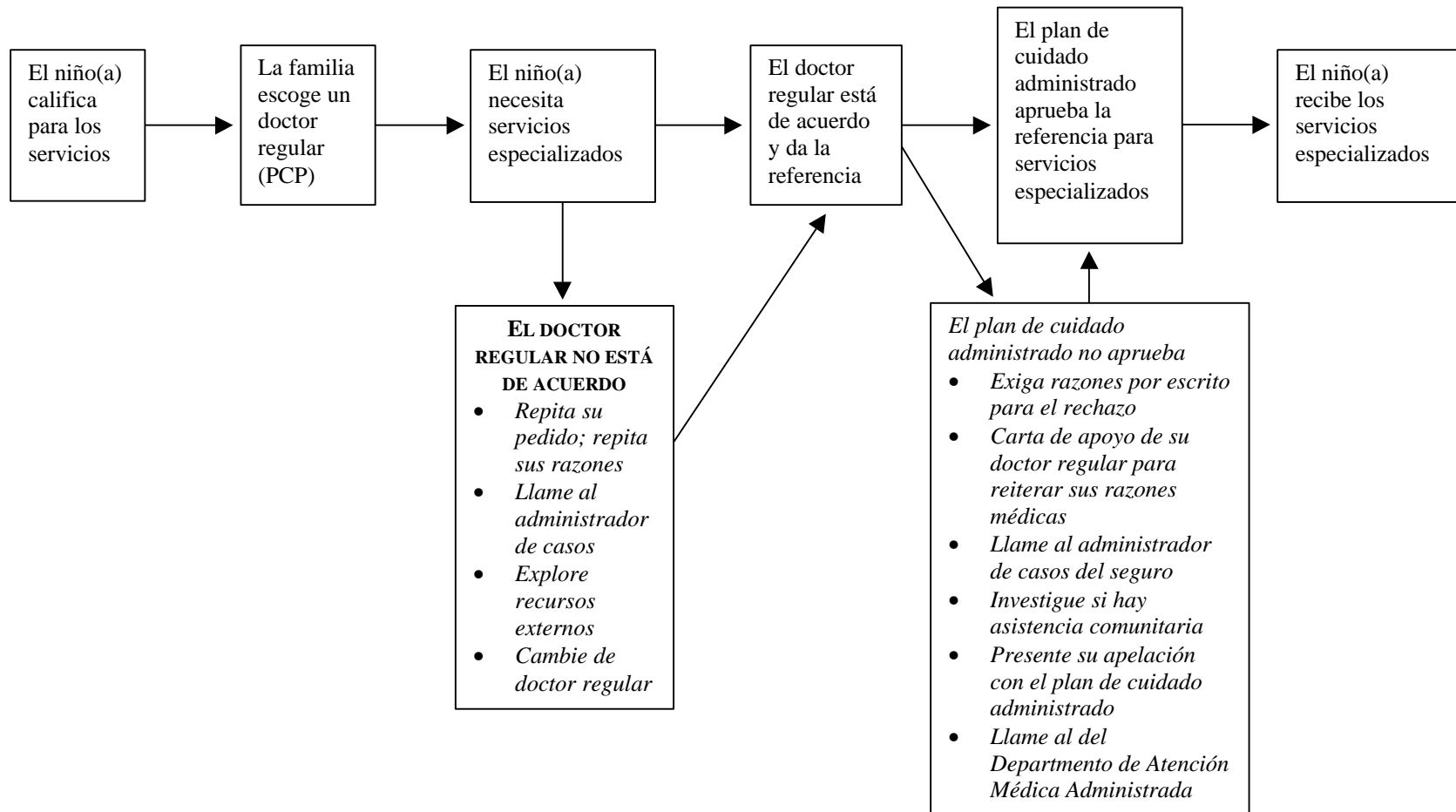
**PROCESO QUE DEBE SEGUIR CUANDO SOLICITE SERVICIOS DE CUIDADO MEDICO ADMINISTRADO:**

- ✓ Su doctor regular (PCP);
- ✓ Administradora de casos de su organización, o MCO;
- ✓ Director médico del MCO;
- ✓ Proceso de Quejas del MCO;
- ✓ Departamento de Atención Médica Administrada

**RECUERDE QUE:**

- ✓ Examine bien su Resumen de Beneficios Cubiertos – conozca bien su plan
- ✓ Examine bien el Acta Knox Keene (ver arriba)– sepa cuáles son sus derechos
- ✓ Haga buenas relaciones con alguien del MCO que le trate bien, amable
- ✓ Anote todo; guarde copias de todo
- ✓ Exiga respuestas por escrito. Si no le escriben, mande carta confirmando lo dicho
- ✓ Es mejor mandar sus cartas por correo certificado

## Gráfica de Planes de Cuidado Administrado de Seguros Privados (Managed Care)



Cómo obtener los servicios que su hijo (a) necesita de:  
**PAGOS-POR-SERVICIOS DE LOS SEGUROS PRIVADOS**  
**FEE-FOR-SERVICE**

Cuando le toque tratar con el plan de salud de su seguro privado, es muy importante que esté bien familiarizado con su manual de cobertura, que le explica detalladamente los servicios que le ofrecen y que los seguros cubren. Como cada plan es diferente, y contienen cláusulas que varían de plan a plan, y son complicadas para entender, es muy difícil darle detalles específicos. La información que sigue es solamente una guía para ayudarle con esos procesos.

**SI USTED Y SU DOCTOR NO ESTAN DE ACUERDO CON LOS SERVICIOS QUE SON NECESARIOS PARA SU HIJO (A):**

- Recuerde que el primer NO nunca es la última palabra.
- Vuelva a pedir los servicios por escrito, incluyendo documentación y/o razones adicionales que reafirman la necesidad de que le den una referencia.
- Llame a su administradora de casos para hablar sobre las opiniones que ambos tienen con respecto a los servicios que creen necesarios. Pregúntele si puede abogar por su hijo(a). Por ejemplo, aconsejarle sobre la clase de información que debe incluir, y que le puede servir para convencer al doctor y asegurarse que le apruebe su pedido de servicios.
- Exiga que le den por escrito las razones para rechazar su pedido.
- Es posible que tenga que cambiar de doctor para su hijo. No haga eso sin pensarlo bien antes. Compare si este incidente es suficientemente serio, o si la ayuda que ese doctor le ha dado en el pasado no justifica que lo cambie por ahora.

**SI SU DOCTOR APRUEBA SU PETICION DE SERVICIOS, PERO EL SEGURO LO RECHAZA:**

- Recuerde que el primer NO nunca es la última palabra.
- Pídale al doctor regular de su hijo que le escriba una carta para incluirla con su segunda petición.
- Asegúrese de indicar en su carta que los servicios que está pidiendo van a beneficiar a su hijo, y les va a evitar gastos mayores en el futuro.
- Llame a su administradora de casos y pregúntele si puede abogar por las necesidades especiales de su hijo(a). Por ejemplo, aconsejarle sobre la clase de información que debe incluir, que le puede servir para convencer al comité de la organización de cuidado médico administrado, y asegurarse que le aprueben su pedido de servicios.
- Exiga que le den por escrito las razones para rechazar su pedido.
- Comuníquese por escrito con el director médico de su seguro, y explíqueles lo siguiente:
  - La importancia de los servicios;
  - Los esfuerzos que ha hecho para obtener los servicios;
  - Las razones específicas por qué le negaron los servicios que pidió.

Escríbalas que las razones para el rechazo de servicios no es aceptable, y que usted va a apelar esa decisión. Déles una fecha exacta para que le contesten por escrito.

- Use el proceso formal de quejas de la compañía de seguros. Apunte todo lo que le dicen y a quién le habla, incluyendo la fecha, el número de teléfono, y un resumen de la conversación. Es mejor que confirme todo lo dicho por escrito, y que mande todas sus cartas por correo certificado. Exiga que le respondan por escrito.
- Si no puede resolver su queja por medio de los procesos administrativos de rutina del seguro, llame a la Unidad de Servicios para el Consumidor del Departamento de Atención Médica Administrada (Consumer Services Unit) al (800) 400-0815. “Las personas que pertenecen o quieren inscribirse en el plan, pero que quieren presentar quejas contra ese plan de salud, pueden llamar a la línea especial de teléfono para consumidores para registrar sus quejas urgente inmediatamente; o para obtener un formulario de petición para asistencia (RFA) cuando su plan de salud no ha resuelto su queja en 60 días; o cuando los del plan han llegado a la conclusión de que ya le dieron suficiente consideración a su caso, pero no lo resolvieron a su satisfacción.” El Departamento de Atención Médica Administrada estudia su situación, y confirma que usted ha tratado de resolver su caso con su organización de cuidado administrado. Le mandan un formulario de quejas para que lo complete, y van a tratar de intermediar entre usted y su seguro para ver si pueden resolver el problema.

\*\* Por favor, note: La Sección 1368(b)(1)(A) del Acta Knox-Keene estipula lo siguiente con respecto a cuidado médico de emergencia: “...*En cualquier situación en que el Departamento determina que se trata de un caso en el que hay peligro inminente y serio para la salud del paciente, incluyendo, pero no necesariamente limitado a que el paciente puede perder la vida, una pierna o un brazo, o una función vital; o en cualquier otro caso que el Departamento determina que deben examinar el caso antes de lo acostumbrado, una persona suscrita al plan, o que está en proceso de inscribirse, no tiene que pasar por el proceso de quejas, ni participar en el proceso por lo menos por 60 días.*” Si cree que al rehusarle su pedido para servicios el seguro está poniendo en peligro la vida de su hijo(a), presente su queja urgente al Departamento de Atención Médica Administrada.

**LA INFORMACION QUE LE DAMOS LE SIRVE SOLAMENTE COMO UNA GUIA DE SERVICIOS. PARA INFORMACION COMPLETA SOBRE EL PROCESO PARA QUEJAS, COMUNIQUESE CON LA OFICINA DE SERVICIOS PARA CLIENTES DE SU PLAN DE SALUD, Y CON EL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA ADMINISTRADA.**

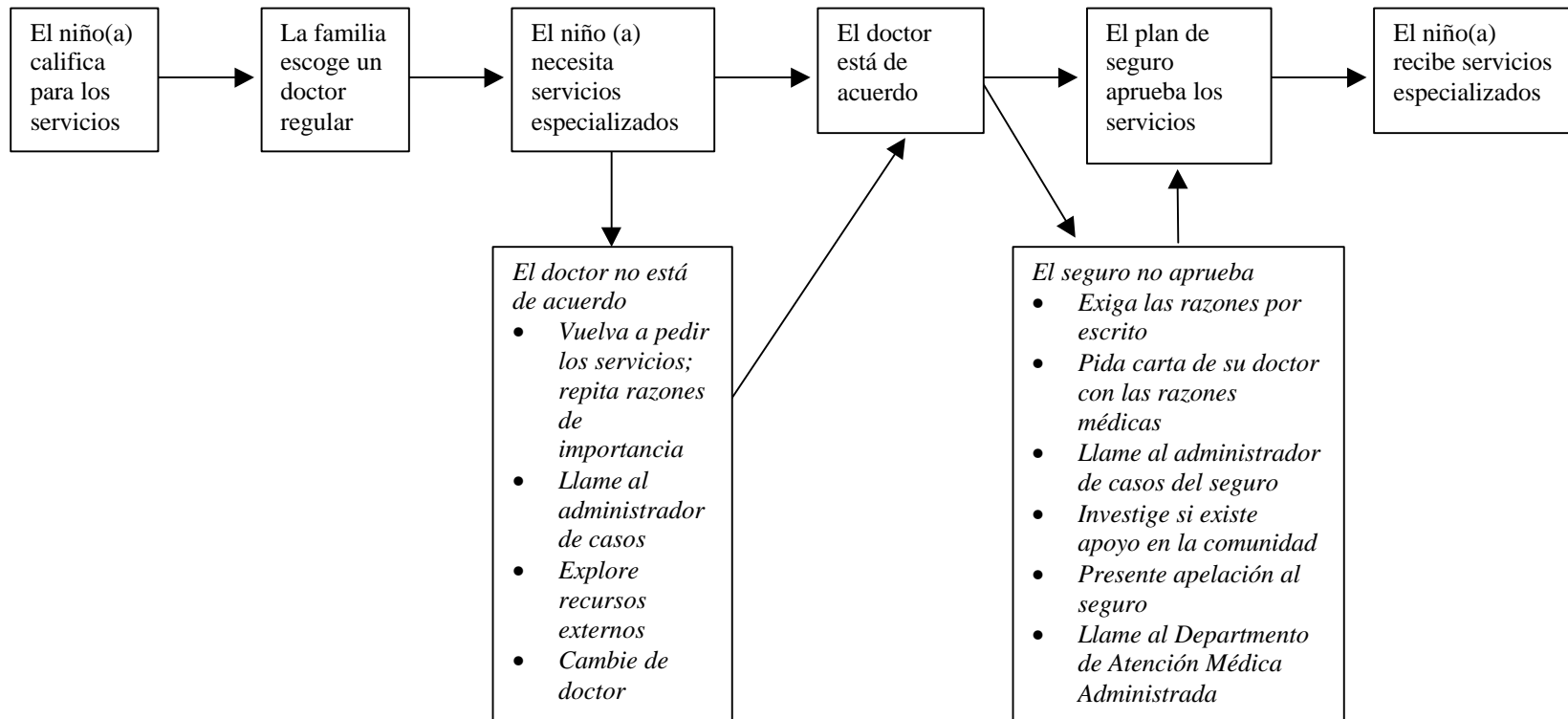
**PROCESO QUE DEBE SEGUIR CUANDO SOLICITE SERVICIOS DE PLANES DE CUIDADO ADMINISTRADO:**

- ✓ Su doctor;
- ✓ Administrador de casos;
- ✓ Director médico;
- ✓ Proceso de Quejas del seguro;
- ✓ Departamento de Atención Médica Administrada

**RECUERDE QUE:**

- ✓ Examine bien su Resumen de Beneficios o Cobertura – conozca su plan
- ✓ Lea bien el Acta Knox Keene – sepa cuáles son sus derechos
- ✓ Haga buenas relaciones con alguien del seguro que se comporta amable
- ✓ Anote todo; guarde copias de todo
- ✓ Exiga las respuestas por escrito. Si no le escriben, mande cartas confirmando lo dicho
- ✓ Mande todas sus cartas por correo certificado

## Gráfica de Seguros Privados con Pagos-Por-Servicios (Fee-for-Service)



Cómo obtener los servicios que su hijo (a) necesita de:

## **PLANES DE CUIDADO ADMINISTRADO DE MEDI-CAL**

Por favor, note: Las leyes federales hacen excepciones con respecto a niños con condiciones médicas complejas, y les permiten no tener que inscribirse obligatoriamente en el Plan de Cuidado Administrado de Medi-Cal, si él o ella están recibiendo tratamiento de un doctor que no es parte de la iniciativa local, o del plan comercial. **Estas exenciones no son automáticas, y usted es responsable de solicitarlas.**

- Solicite una exención médica de cuidado administrado del Medi-Cal o “Medi-Cal Managed Care Medical Exemption” llamando al 1-800-430-4263.
- Complete el formulario, y pídale a su doctor que lo firme.
- Si su hijo(a) califica, pero usted tiene problemas con ese proceso, llame a la Oficina del Ombudsman, al departamento de asistencia para el consumidor, al 1-888-452-8609.

Si su hijo (a) necesita cuidado médico, tratamiento, o terapia de un especialista que no es su doctor regular (PCP):

- Su doctor regular, o PCP, debe aprobar su solicitud o pedido, y darle una referencia a otro doctor; y
- El Comité de Referencias de la organización de cuidado administrado aprueba o niega el servicio.

(Las organizaciones de cuidado médico administrado limitan bastante el uso de especialistas, tratamiento, y terapia; por eso no es raro que los servicios que uno pide se los nieguen generalmente.)

### **SI USTED Y SU DOCTOR REGULAR NO ESTAN DE ACUERDO CON EL CUIDADO QUE SU NIÑO (A) NECESITA:**

- Recuerde que el primer NO nunca es la última palabra.
- Vuelva a presentar su pedido por escrito, incluyendo documentación, y/o más razones que hacen más válido su pedido de que le den una referencia a un especialista.
- Llame a su administradora de casos para platicar con ella de lo que usted cree son los servicios que necesita. Averigüe si ella puede abogar por su hijo (a). Por ejemplo, le puede aconsejar qué información puede incluir en su carta que pueda ayudarle a convencer a su doctor regular, o PCP, para que apruebe su pedido.
- Exiga que le pongan por escrito todas las razones por las que le niegan su petición.
- Es posible que tenga que cambiar de doctor regular para su hijo (a), pero piénselo bien antes de hacerlo. Compare la seriedad de este incidente con la ayuda que este doctor le ha dado en otras ocasiones, y si este incidente es suficientemente serio, considere cambiar de doctor.

### **SI SU DOCTOR REGULAR APRUEBA SU PEDIDO, PERO LA ORGANIZACION DE CUIDADO MEDICO ADMINISTRADO LO RECHAZA:**

- Recuerde que el primer NO nunca es la última palabra.
- Pídale al doctor regular de su hijo que le hagan una carta para poder mandarla con su segunda petición.

- Recuerde que debe explicarles por qué los servicios que está solicitando son de beneficio para su hijo (a), y van a evitarles gastos mayores en el futuro.
- Comuníquese con su administradora de casos, y pídale ayuda para que abogue por las necesidades especiales de su hijo (a). Por ejemplo, que le aconseje qué clase de información debe incluir en su carta que sea de importancia para la organización de cuidado administrado, especialmente para que el comité de referencias pueda aprobar su petición sin problemas.
- Exiga que le den por escrito las razones por las que le niegan el servicio que pide.
- Presente su queja formal con su organización de cuidado administrado. Examine y lea con cuidado el resumen de beneficios que le ofrecen, y presente su queja por los medios administrativos que le ofrecen. Anote con quién habla, ponga la fecha, número de teléfono, y lo que hablaron. Es mejor que confirme todo lo que le digan por escrito, y que mande sus cartas por correo certificado. Exiga que le respondan por escrito.
- Puede llamar a la Oficina del Ombudsman al 1-888-452-8609 para que le ayuden o clarifiquen cualquier duda que pueda tener.
- Puede pedir también una Audiencia Formal Estatal en cualquier momento que tenga alguna queja. Debe llamar al Departamento de Servicios Sociales al (800) 952-5253 antes de que pasen 90 días. Puede hacer esto aunque ya haya presentado su queja formal con su organización de cuidado médico administrado. Los servicios médicos que recibe continúan hasta que hacen una decisión, después de que la audiencia se llevó a cabo.
- Si no puede resolver su queja por medio de los procesos normales de su MCO, llame a la unidad de servicios para el consumidor del Departamento de Atención Médica Administrada (Consumer Services Unit) al (800) 400-0815. “Las personas que pertenecen o quieren inscribirse en el plan, pero que quieren presentar quejas contra ese plan de salud, pueden llamar a la línea especial de teléfono para consumidores para registrar sus quejas urgentes inmediatamente; o para obtener un formulario de petición para asistencia (“RFA”) cuando su plan de salud no ha resuelto su queja en 60 días; o cuando los del plan han llegado a la conclusión de que ya le dieron suficiente consideración a su asunto, pero no lo resolvieron a su satisfacción.” El Departamento de Atención Médica Administrada estudia su situación, y confirma que usted ha tratado de resolver el asunto con su organización de cuidado administrado. Le mandan un formulario para que lo llene, y van a tratar de intervenir entre usted y la organización (MCO) para resolver el problema. Una decisión de éstas se puede apelar antes de que pasen 30 días, si pide que le permitan presentar su petición para otra audiencia.

\*\* Por favor, note: la Sección 1368(b)(1)(A) del Acta Knox-Keene estipula lo siguiente con respecto a cuidado médico de emergencia: “...En cualquier situación en que el Departamento determina que se trata de un caso en el que hay peligro inminente y serio para la salud del paciente, incluyendo, pero no necesariamente limitado a que el paciente puede perder la vida, una pierna o un brazo, o una función vital; o en cualquier otro caso donde el Departamento determina que deben examinar el caso antes de lo acostumbrado, una persona suscrita al plan, o que está en proceso de inscribirse, no tiene que pasar por el proceso de quejas, ni participar en el proceso por lo menos por 60 días.” Si cree que al rehusarle su pedido para servicios, el MCO, la organización de cuidado administrado, está poniendo en peligro la vida de su hijo(a), presente su queja urgente al Departamento de Atención Médica Administrada

***POR FAVOR, NOTE: Dependiendo del plan de salud de cuidado administrado del Medi-Cal al que pertenece, la última etapa para presentar su apelación es por medio de una Audiencia Estatal Formal, o por Departamento de Atención Médica Administrada. Ambas opciones están incluidas con el fin de mantenerlos informados. Consulte con su MCO para que le aclaren cualquier duda que tenga.***

**LA INFORMACION QUE LE DAMOS LE SIRVE SOLO DE GUIA. PARA INFORMACION COMPLETA SOBRE EL PROCESO DE QUEJAS, COMUNIQUESE CON LA OFICINA DE SERVICIOS PARA CLIENTES DE SU PLAN DE CUIDADO ADMINISTRADO DEL Medi-Cal, EL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA ADMINISTRADA y/o EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES.**

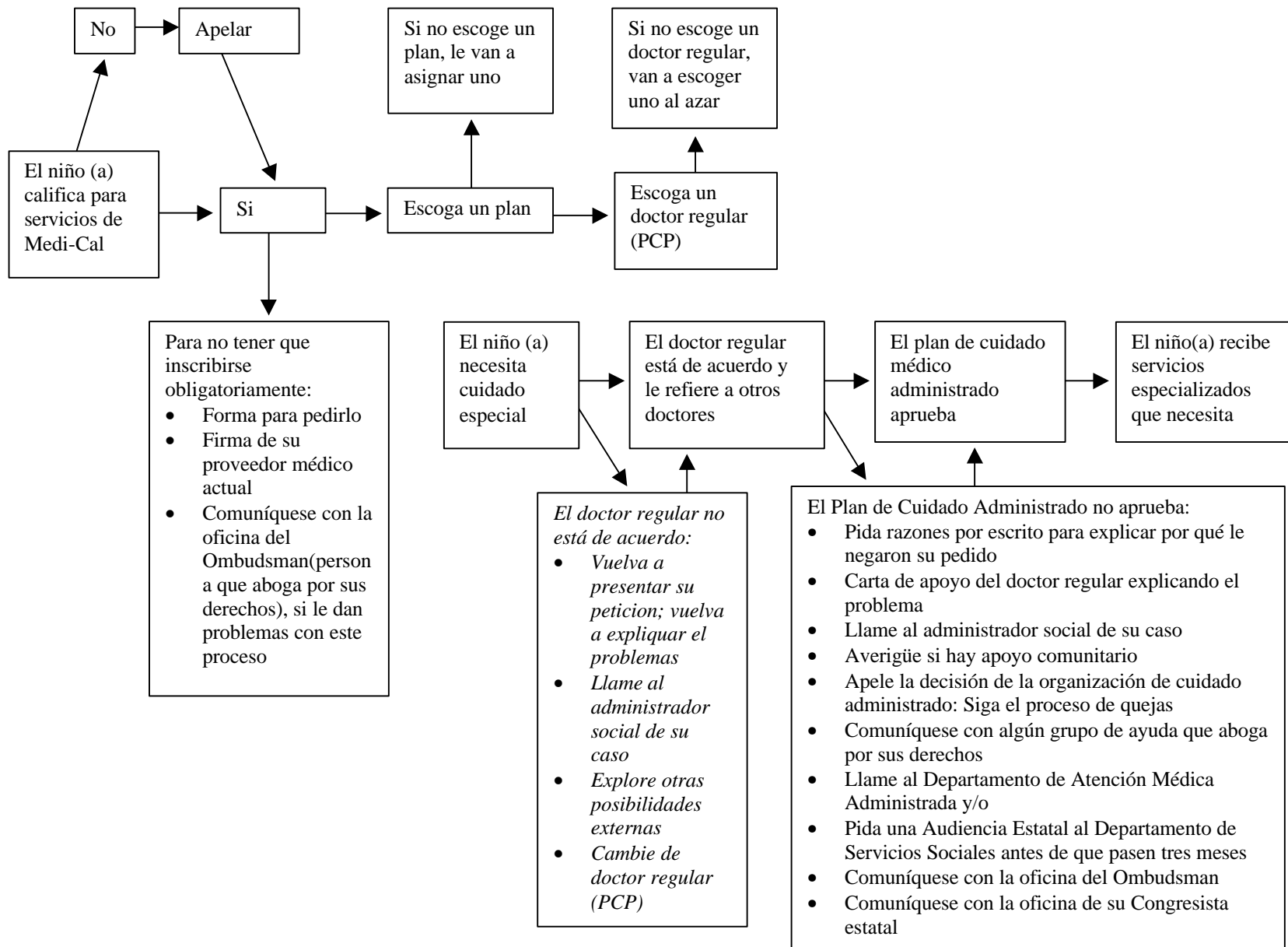
**PROCESO QUE DEBE SEGUIR CUANDO SOLICITA SERVICIOS DE ORGANIZACIONES DE CUIDADO ADMINISTRADO:**

- ✓ Su doctor regular (PCP);
- ✓ Administrador de caso de la Organización (MCO);
- ✓ Proceso de Quejas de la organización (MCO);
- ✓ Departamento de Atención Médica Administrada;
- ✓ Audiencia Formal con el Estado.

**RECUERDE QUE:**

- ✓ Examine bien el Resumen de Cobertura o Servicios – conozca su plan de salud o seguro.
- ✓ Tenga buenas relaciones con alguien de la MCO que es amable con usted.
- ✓ Anote todo, y guarde copias de todo.
- ✓ Exiga que le den respuestas por escritos. Y si ellos no le escriben, mande cartas confirmando lo que le dijeron.
- ✓ Es mejor que mande todas sus cartas por correo certificado.
- ✓ Medi-Cal es un programa muy complicado. Use los conocimientos y servicios de agencias como Protection and Advocacy, Inc.
- ✓ El programa de cuidado administrado de Medi-Cal es relativamente nuevo. El último paso en el proceso de apelaciones es por medio de California Department of Health and Social Services, o por medio de California Departamento de Atención Médica Administrada. Si tiene dudas, pregunte en el departamento de servicios para miembros de su Organización de Cuidado Administrado, MCO.

## Gráfica para Planes de Cuidado Médico Administrado de Medi-Cal (Managed Care)



Cómo obtener los servicios que su hijo (a) necesita de:

## **MEDI-CAL / PAGO POR SERVICIO (FEE-FOR-SERVICE)**

(Le agradecemos a la agencia Protection and Advocacy Inc., llamada PAI, y su manual “Medi-Cal: Service Rights and Entitlement Program Affecting Californians with Disabilities” (“Derechos a los Servicios Ofrecidos, y Programa de Derechos a Ciertos Servicios para personas con discapacidades de California”) por explicar en detalle el proceso de quejas de Medi-Cal. Es información muy valiosa. Puede llamar a la agencia PAI al (800) 776-5746 y pedir que le manden una copia. No le cobran por el manual, pero le piden un donativo.)

La ley federal prohíbe la inscripción obligatoria en el Programa de Cuidado Administrado de Medi-Cal de niños que necesitan cuidado médico especial.

Si su hijo(a) necesita cuidado médico especializado, tratamiento, o terapia:

- El doctor debe aprobar su solicitud, y presentar un formulario para pedir autorización(TAR);
- Medi-Cal le manda esa forma TAR por correo, ya sea con su aprobación o rechazada, y las razones por las que rechazaron su pedido.

### **SI EL MEDI-CAL LE NIEGA SU PEDIDO POR MEDIO DE UNA FORMA TAR:**

- Medi-Cal debe mandarle una Noticia de Acción que se llama NOA, cuando le niegan su solicitud o TAR. La carta debe tener (1) una explicación para el rechazo; (2) el reglamento que usaron como base para el rechazo, y (3) información sobre sus derechos de apelar.
- Recuerde que el primer NO nunca es la última palabra.
- Si está recibiendo servicios del Medi-Cal, tienen que avisarle 10 días antes de que discontinúen o reduzcan los servicios que le dan.
- Durante esos 10 días de plazo, solicite una audiencia formal o apelación, y Medi-Cal tiene que seguir ofreciéndole esos servicios hasta que tenga que ir a su audiencia formal. Puede apelar decisiones completando la parte de atrás del formulario NOA, o puede mandar cartas directamente a:

Office of the Chief Administrative Law Judge  
Administrative Adjudications Division  
Department of Social Services  
744 P Street  
Sacramento, CA 95814

- Tiene sólo 90 días (tres meses) para solicitar su apelación. Pero, en caso de que no reciba su notificación, o la forma NOA no le explica las razones por las que rechazaron su pedido, incluyendo la cita exacta del reglamento que usaron para determinar que no le iban a dar servicios, el período límite de 90 días no es válido. El período de 90 días para presentar su apelación comienza el día en que recibe la forma NOA, la notificación citando el reglamento apropiado.

### **PROCESO PARA LA AUDIENCIA FORMAL:**

- En cuanto reciba una carta que le dice que recibieron su solicitud para apelar alguna decisión, escriba a la oficina del Medi-Cal que le negó su solicitud de autorización para tratamiento, o TAR.
- En esa carta debe decirles que le citen los reglamentos que específicamente estipulan que hay que negarle los servicios que pidió. Pida también que le manden todas las notificaciones de instrucciones externas, o FINs, y todas las pólizas que dictan si lo que uno solicita está cubierto por el Medi-Cal, y qué justificación o documentación, que se basa en necesidad médica, se requiere para completar el formulario TAR en forma adecuada. Si la oficina del Medi-Cal no le da la información necesaria, puede llamar al número 800 que aparece en la notificación de pedido de una audiencia, y preguntarles qué es lo que tiene que hacer para que le den la información necesaria.
- Pídale a su doctor que revise la información, y que se la explique en términos sencillos.
- Puede pedir que le den asistencia a una agencia que aboga por los derechos del consumidor, para que le ayuden a coleccionar toda la información que debe presentar, y para que vayan con usted a la audiencia, si usted quiere. Vea la sección llamada “Recursos – Resources” en donde le damos algunas sugerencias que le pueden servir de ayuda.

***ESTA INFORMACION SOLO LE SIRVE COMO UNA GUIA. PARA INFORMACION COMPLETA SOBRE EL PROCESO DE QUEJAS, COMUNIQUESE CON EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES.***

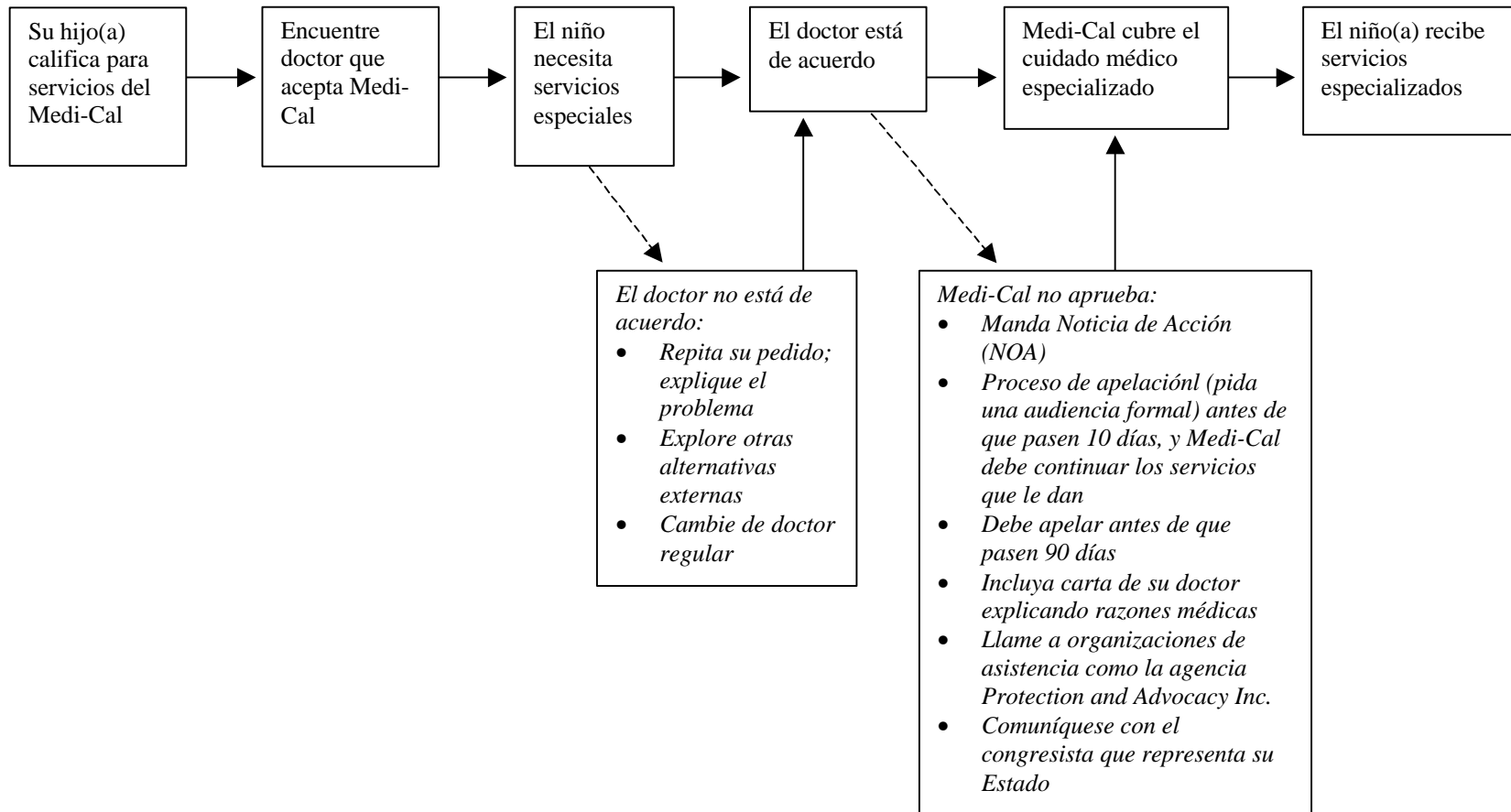
#### **PROCESO QUE DEBE SEGUIR CUANDO SOLICITA MEDI-CAL:**

- ✓ Doctor;
- ✓ Oficina local del Medi-Cal;
- ✓ Proceso para apelaciones;
- ✓ Audiencia Formal.

#### **RECUERDE QUE:**

- ✓ Medi-Cal es un programa muy complicado: Protection and Advocacy Inc. es una agencia que publica folletos y manuales con información del programa.
- ✓ Anote todo; guarde copias de todos sus documentos.
- ✓ Exiga le den respuestas por escrito. Si no le escriben, escríbalas para confirmar lo que le dijeron.
- ✓ Envé todas sus cartas por correo certificado.
- ✓ Sepa las fechas en que debe presentar papeles o documentos importantes.
- ✓ Utilice la experiencia y conocimiento de las agencias de ayuda que abogan por sus derechos.

## Gráfica del Plan de Pagos-Por-Servicios de Medi-Cal (Fee-For-Service)



Cómo obtener los servicios que su hijo(a) necesita de:  
**SERVICIOS PARA NIÑOS DE CALIFORNIA/  
CALIFORNIA CHILDREN SERVICES (CCS)**

**ELIGIBILIDAD/PROVISION DE SERVICIOS**

Si ya solicitó los servicios de CCS, o si ya es un cliente, le notificarán por escrito si su elegibilidad, o si los servicios que solicitó, le han sido negados, reducidos o suspendidos. La decisión se llama una NOA, o sea, noticia de acción. Una NOA de debe mandar cuando:

- Le notifican que no califica para los servicios;
- Le niegan su petición para servicios nuevos o beneficios;
- Le suspenden los servicios porque no califica;
- Le modifican o terminan los servicios que le dan actualmente (las excepciones válidas son, si el doctor que ofrece supervisión médica lo recomienda, o si la terminación o modificación cae dentro de los límites de tiempo en que esos servicios estaban autorizados).

Nota: Una NOA no se puede mandar si el servicio o beneficio es un beneficio de Medi-Cal. Si cree que el Medi-Cal le negó un beneficio injustamente, por favor vea la sección sobre Medi-Cal en este manual, para que le sirva de ayuda con el proceso de apelar decisiones.

Hay dos formas en que puede apelar una decisión NOA:

- Proceso formal de apelaciones (Vea la Sección 1 abajo);
- Evaluación de expertos en vez de apelación formal (Vea la Sección 2 abajo).

**SECCION 1 [PROCESO FORMAL PARA APELAR]  
SI NO ESTA DE ACUERDO CON LA DECISION DE UNA NOA DEL CCS:**

- Recuerde que, el primer “no” nunca es la última palabra.
- Llame al número del CCS que está en la NOA. Tal vez pueda resolver el problema con una llamada de teléfono. Apunte todas las fechas de las conversaciones que tuvo por teléfono, y pida confirmación de la conversación por escrito, especialmente si el problema se resuelve en forma diferente a lo que la NOA que le mandaron le explicaba.
- Si no puede resolver el problema, solicite una apelación 30 días después de la fecha en que recibió la NOA. Asegúrese de explicar claramente por qué no está de acuerdo con la acción que tomó el CCS, y qué clase de acción quiere que ellos tomen. Si el CCS ya le está dando servicios a su hijo, pida que le continúen ofreciendo esos servicios hasta que su apelación haya sido decidida.
- El primer nivel de apelaciones es una revista o chequeo informal de la información que la deben completar en 21 días, y darle la respuesta.
- Si le niegan su primera apelación, tiene derecho de pedir una audiencia formal antes de que pasen 14 días desde la fecha en que el CCS le mandó la decisión por escrito. Recuerde que debe incluir copia de la decisión a primer nivel cuando solicite su audiencia formal. Si necesita un intérprete, le pueden asignar uno y los servicios son gratis, pero debo pedir que le den intérprete cuando solicita su audiencia formal.

**SECCION 2 [EVALUACION DE EXPERTOS EN VEZ DE APELACION FORMAL]  
SI UN DOCTOR APROBADO POR EL CCS NO LE OFRECE SERVICIOS O NO QUIERE  
SEGUIR OFRECIENDOLE SERVICIOS:**

- Recuerde que el primer NO nunca quiere decir que es la última palabra.
- Pida que le den una segunda opinión. Puede escoger uno de 3 doctores expertos que el CCS le ofrece.
- La segunda opinión se considera como la final. No se puede apelar esa segunda opinión.

Hay fechas de vencimiento para todas estas acciones y procesos. Hay un manual que se llama “Resoluciones de Quejas y Apelaciones para los Clientes o Solicitantes del CCS” (Código de Regulaciones de California, Título 22, Capítulo 13, Secciones 42700-42720) que describe y explica el sistema formal de respetar los derechos del individuo. Puede obtenerlo llamando a la oficina local más cercana del CCS.

***LA INFORMACION ANTERIOR ES SOLO UNA GUIA. PARA INFORMACION COMPLETA  
SOBRE EL PROCESO PARA QUEJAS DEL CCS, POR FAVOR LLAME A LA OFICINA DEL CCS-  
SERVICIOS PARA NIÑOS DE CALIFORNIA***

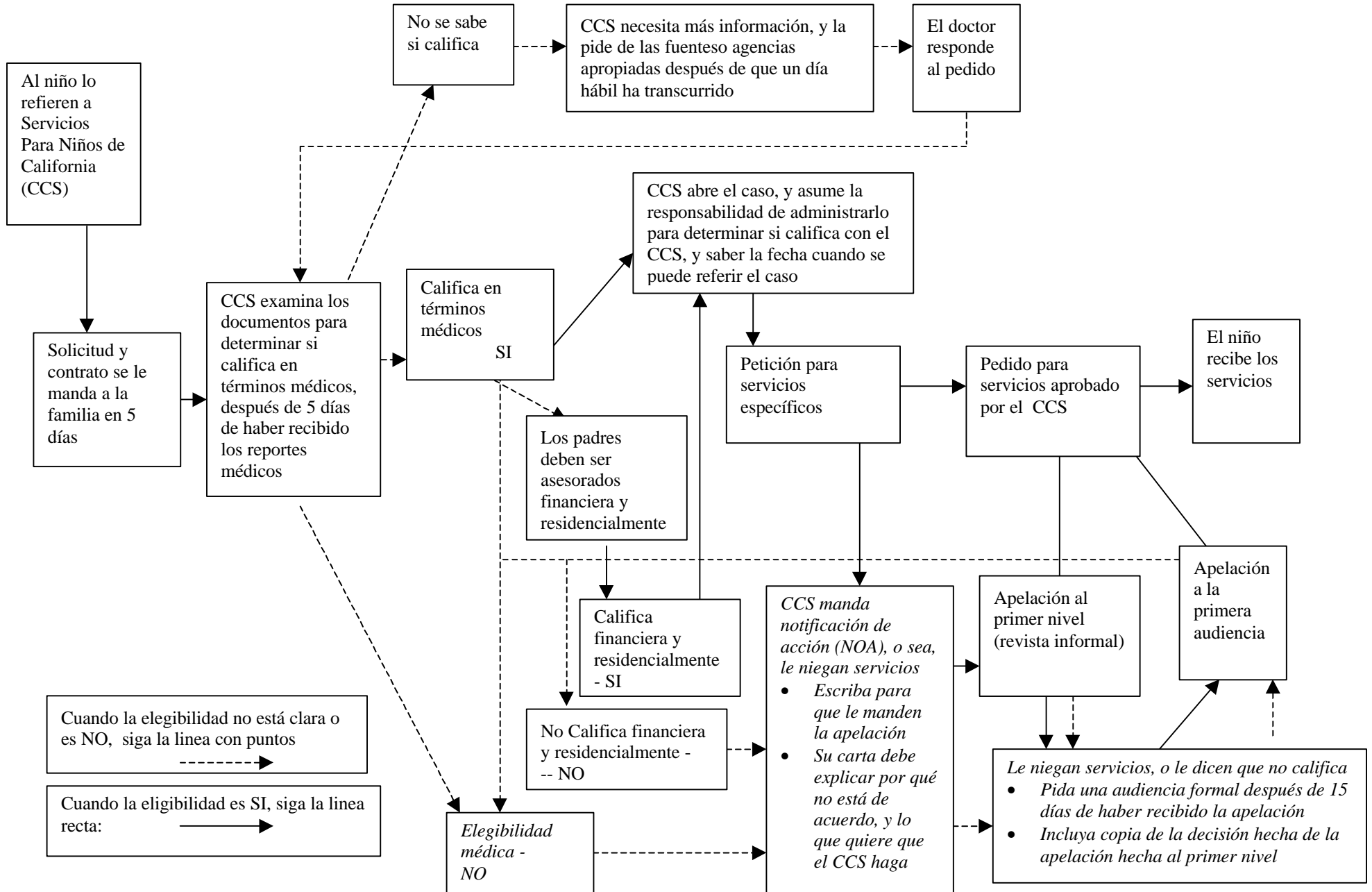
**PROCESO QUE DEBE SEGUIR CUANDO  
SOLICITA SERVICIOS AL CCS:**

- ✓ Su médico del CCS;
- ✓ Administrador de casos;
- ✓ Segunda opinión de otro experto del CCS;
- ✓ Apelación al primer nivel;
- ✓ Petición para audiencia formal

**COSAS QUE DEBE RECORDAR:**

- ✓ Examine y estudie la información del CCS – conozca el plan y sus derechos
- ✓ Establezca una buena relación con su administradora de casos
- ✓ Guarde todos los documentos y copias
- ✓ Exiga que le escriban lo que le dicen; si no le escriben, mande una carta confirmando lo que le dijeron
- ✓ Es mejor que mande todas sus cartas certificadas
- ✓ Sepa exactamente cuándo debe presentar sus apelaciones y pedidos
- ✓ Utilice la experiencia y conocimientos de las organizaciones de asistencia que abogan por usted

## Diagrama del California Children Services – Servicios para Niños de California



Cómo obtener para su hijo los servicios que necesita por medio de:

**CENTRO REGIONAL/REGIONAL CENTER**  
**(Departamento de Servicios de Desarrollo/Department of Developmental Services – DDS)**

De acuerdo con las estipulaciones del Acta de Lanterman, los centros regionales tienen la orden de asistir a familias para que obtengan cuidado y servicios médicos cuando es parte del Plan de Programa Individual (Individual Program Plan /IPP):

**4685C1 SERVICIOS DE APOYO Y ASISTENCIA**

LOS CENTROS DEPARTAMENTALES Y REGIONALES DEBEN DARLE ESPECIAL PRIORIDAD AL DESARROLLO Y EXPANSION DE SERVICIOS Y APOYO DISEÑADO PARA ASISTIR A FAMILIAS QUE CUIDAN DE SUS HIJOS EN SU CASA, CUANDO ESA ES LA ALTERNATIVA QUE PREFIEREN COMO PARTE DE SU PLAN DE PROGRAMA INDIVIDUAL. LA ASISTENCIA INCLUYE, PERO NO SE LIMITA, A CUIDADO MEDICO ESPECIALIZADO Y VISITAS AL DENTISTA, ENTRENAMIENTO ESPECIAL PARA LOS PADRES, PROGRAMAS DE ESTIMULACION DE BEBES, DESCANSO PARA LOS PADRES QUE CUIDAN DE ENFERMOS, SERVICIOS DOMESTICOS PARA LIMPIAR Y CUIDAR LA CASA, PASEOS PARA IR A ACAMPAR, GUARDERIA INFANTIL, CUIDADO TEMPORAL FUERA DE LA CASA EN UN LUGAR MEDICO, CUIDADO INFANTIL, CONSEJERIA, SERVICIOS DE SALUD MENTAL, PROGRAMAS DE MODIFICACION DE CONDUCTA, EQUIPO ESPECIAL COMO SILLAS DE RUEDA, CAMAS DE HOSPITAL, APARATOS DE COMUNICACIONES, OTROS APARATOS Y ARTICULOS MEDICOS NECESARIOS, Y SERVICIOS DE ASISTENCIA PARA PODER ABOGAR POR Y ASISTIR A QUE LAS PERSONAS PUEDAN RECIBIR INGRESOS MONETARIOS, SERVICIOS EDUCATIVOS, Y OTROS BENEFICIOS A LOS QUE TIENEN DERECHO.

Si su hijo necesita cuidado especializado, tratamiento, o terapia, y usted piensa que es un servicio que el Centro Regional debía darle:

- Pida lo que necesite por escrito a su administrador de caso, y clarifique lo que necesita de ellos con detalle. Es preferible hacerlo por escrito, y no llamar por teléfono, porque de esta manera el proceso no tarda tanto.
- Los artículos o servicios relacionados con la discapacidad de su hijo debe incluirlo en su Plan de Programa Individual, o IPP.
- El Centro Regional es el programa que paga de último. Junto con su petición debe incluir cartas de otros seguros que le han negado cobertura, y también recetas que la han dado los doctores para comprar equipo médico necesario. Guarde copias de todo.
- Si pide que reexaminen el IPP de su hijo, deben hacerlo en un término de 30 días desde la fecha en que hizo su petición.

**SI EL ADMINISTRADOR DE CASOS NO PUEDE APROBAR SU PEDIDO DURANTE LA JUNTA PARA DISCUTIR EL IPP DE SU HIJO:**

- Pida que le den una nueva fecha para otra junta, y que sea en el término de 15 días desde su primera junta para discutir el IPP. Pida que esté presente una persona que hace decisiones del centro regional, un jefe o un gerente.
- Solamente si usted está de acuerdo con ellos, pueden tener otras juntas para hablar del IPP.

### **SI LE NIEGAN SU PEDIDO:**

- El centro regional debe mandarle una carta donde le niegan su pedido, y debe recibirla 5 días después de haberse reunido con ellos por segunda vez. La carta debe tener las razones por las que le negaron su pedido, la base legal para el rechazo, y la notificación de que usted puede apelar el rechazo.
- Pida que le manden una carta rechazando su pedido, y que le incluyan una solicitud para apelar ese rechazo.
- Presente su petición para una audiencia formal.
- Puede llamar a la Mesa Directiva del Area, o a Protección y Asistencia, Inc., para que puedan ayudarlo.

### **PROCESO PARA AUDIENCIA FORMAL:**

(Este proceso tal vez cambie porque hay un proyecto de ley que quiere incluir un Proceso de Mediación)

- Una audiencia informal debe llevarse a cabo antes de que pasen 10 días desde la fecha en que el centro regional recibe su pedido. La notificación debe incluir los derechos que usted tiene de estar presente en todos los procedimientos, de presentar evidencia oral y escrita, de poder examinar a los testigos, de presentarse en persona con su abogado, o con otros representantes que usted escogió, el derecho que tiene a obtener documentos y a que le den un intérprete, asistencia de alguien que abogue por su caso, la fecha y hora que recomiendan para la audiencia.
- Si no está satisfecho con el resultado del proceso informal, tiene derecho a pedir una audiencia formal, llamada fair hearing. Presente su solicitud por escrito.
- Debe recibir su notificación en 20 días. La notificación debe incluir los derechos que usted tiene de estar presente en todos los procedimientos, de presentar evidencia oral y escrita, de poder examinar a los testigos, de presentarse en persona con su abogado, o con otros representantes que usted escogió, el derecho que tiene a obtener documentos y a que le den un intérprete, asistencia de alguien que abogue por su caso, la fecha y hora que recomiendan para la audiencia. La audiencia formal se lleva a cabo a una hora, y en un lugar conveniente para usted, y su representante autorizado.
- Después de 10 días desde la fecha en que se llevó a cabo la audiencia, el oficial de la audiencia presenta su decisión, la cual es final.
- Puede apelar cualquier decisión administrativa final en una corte de jurisdicción competente después de 90 días.

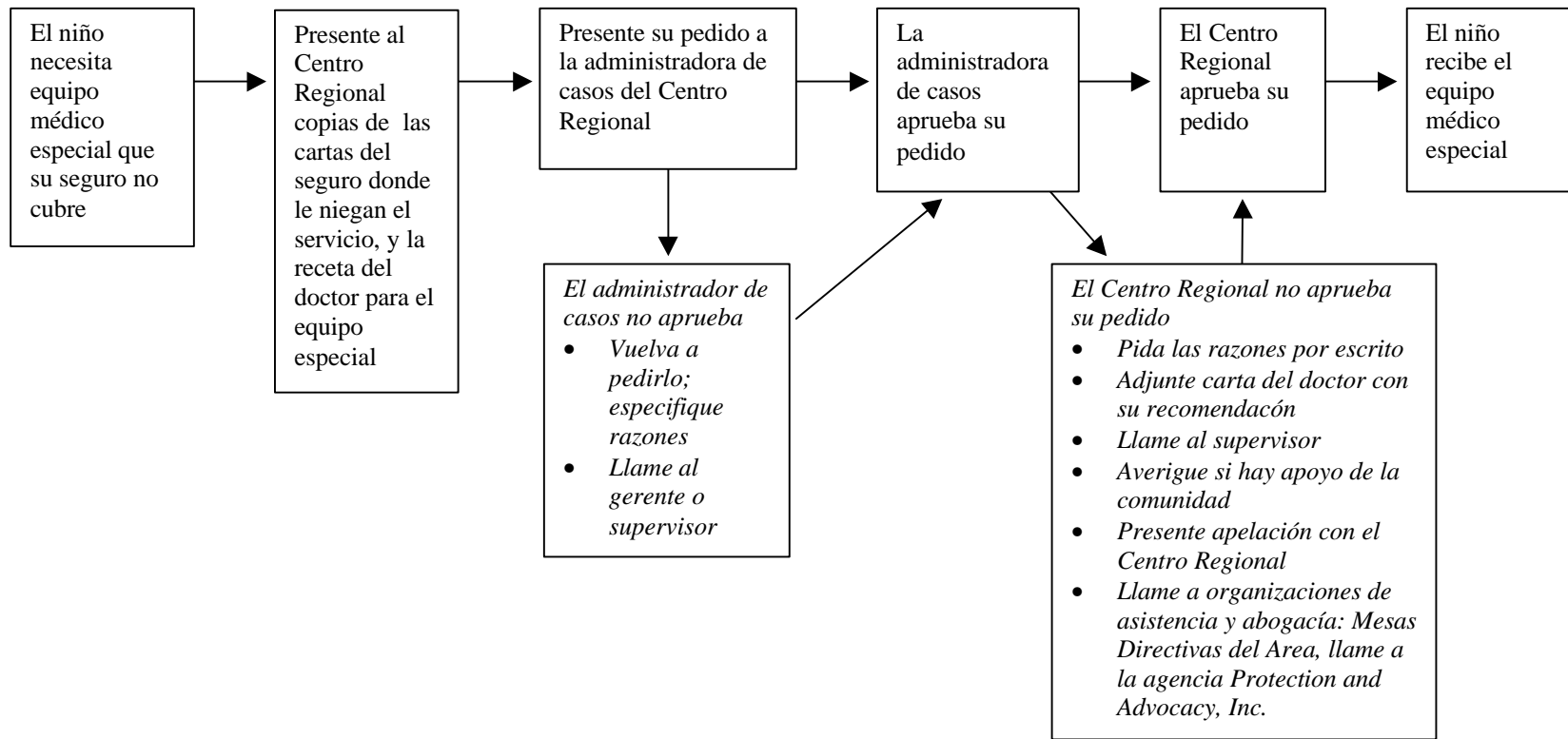
#### **PROCESO QUE DEBE SEGUIR CUANDO PIDE SERVICIOS DEL CENTRO REGIONAL:**

- ✓ Administrador de casos;
- ✓ Persona que decide;
- ✓ Audiencia informal;
- ✓ Audiencia formal;
- ✓ Cortes/Tribunales

#### **RECUERDE QUE:**

- ✓ Debe estudiar el Acta de Lanterman para saber cuáles son sus derechos.
- ✓ Debe establecer una buena relación con su administrador de caso.
- ✓ Debe documentar todo y guardar copias
- ✓ Debe pedir que le contesten por escrito. Si no le escriben, usted les escribe y confirma lo que le dijeron.
- ✓ Es mejor mandar esas cartas certificadas.
- ✓ Debe saber las fechas para presentar una apelación.
- ✓ Puede pedir la ayuda de alguien que abogue por usted. Aproveche el hecho de que ellos son los expertos.

## DIAGRAMA DEL CENTRO REGIONAL PARA EQUIPO MÉDICO ESPECIALIZADO



## CONSEJOS PARA ESCRIBIR CARTAS

Lo que debe incluir:

1. Es mejor que diriga su carta a una persona específicamente, en vez de algún departamento, o el plan de salud administrado en general. Por ejemplo:  

Dr. John Smith  
Medical Director  
ABC Health Plan
2. Asegúrese de incluir el nombre de su hijo, el número de su expediente, o el número asignado por el plan, su dirección, y teléfono.
3. Comience la carta con un par de frases breves para explicarles quién es usted, y la razón por la que les escribe.
4. Si lo quiere es que le expliquen por escrito las razones por haberle negado pago por algún servicio, escríbales que ya revisó su contrato, y que no puede encontrar en la póliza, ninguna razón válida para que le nieguen esos servicios. Pida que le den razones específicas, no respuestas como “beneficio no cubierto”, o “medicamente no necesario”.
5. Si está apelando el rechazo de algún servicio, explique lo que usted entiende son las razones por las que le negaron ese beneficio, y escríbales las razones que usted sabe, y que hacen necesarios los beneficios, y por las cuales no deben negárselos.
6. Incluya fechas y nombres de las personas con quienes ya ha hablado anteriormente.
7. Pida que le respondan, ya sea por carta, por medio de una junta, o por teléfono, y que lo hagan después de un período razonable de tiempo. Su cobertura tal vez tenga fechas específicas para apelar acciones negativas. Debe estar segura de entender bien esos procesos.
8. Es bueno que alguien de su confianza revise sus cartas.
9. Guarde copia en sus archivos de las cartas que mande
10. Mande copias de sus cartas a muchas personas diversas. Por ejemplo:
  - Al doctor regular de su hijo, o a su administrador social de casos
  - A su departamento de personal ( si está cubierta por el plan de salud que le ofrecen en el trabajo)
  - Al representante de Servicios Para Miembros de su plan de salud
  - Al grupo o grupos de asistencia que le ha dado apoyo
  - A sus representantes políticos del Estado o del área local, si no le parecen las respuestas que le dan al principio

---

From *Passport Managed Care Guide*,” Families as Participants: Working Within a Managed Care System.

## MUESTRA DE CARTA I

Su nombre  
Dirección  
Ciudad, Estado, Area Postal  
Número de Teléfono

Fecha

Nombre Completo de la persona a quien le escribe  
Título o posición  
Nombre del Hospital, Grupo Médico, Agencia  
Dirección, Ciudad, Estado, Area Postal

Estimado (nombre de la persona, use el título primero y apellido de último),

**Párrafo de Introducción.** En este párrafo, explique quién es usted, el nombre completo de su hijo, fecha de nacimiento, y MUY BREVEMENTE, explique las razones por las que escribe.

**Segundo Párrafo.** En este párrafo, explique lo que quiere que hagan por usted, o lo que quiere que cambien. Debe explicar BREVEMENTE lo que no quiere de ellos, pero *use el párrafo para decirles lo que usted quiere que hagan.*

**Tercer Párrafo.** Dígalos cómo quiere que le respondan. Por ejemplo, ¿Quiere una junta con ellos, una carta, o una llamada de teléfono?

**Párrafo Final.** Para terminar su carta, déles su número de teléfono, y recuérdelos que espera una respuesta de ellos muy pronto, o mejor, déles una fecha precisa para recibir su respuesta.

Atentamente,

(Su firma)

## CARTA DE MUESTRA II

5 de enero de 2001

Paciente: Judy Jones  
I.D. #:555-44-3333  
Empleado: Jasper Jones  
Grupo: Acme Associates  
Claim Number/Número del reclamo: 026439782

XYZ Insurance Company  
555 Insurance Company Plaza  
Anytown, USA Zip Code

Estimado Representante del Seguro.....:

Muchas gracias por haber examinado nuestra apelación por el rechazo de un Touch Talker para nuestra hija, Judy Jones. Nos sentimos muy desilusionados de haber recibido su carta corroborando el rechazo anterior, con fecha 10 de diciembre de 1991 (vea la copia que le incluimos), y le pedimos que reconsidere su decisión actual. De acuerdo con sus cartas, la razón para negar nuestro pedido se basa en la premisa que el Touch Talker no se considera como una prótesis de acuerdo con las cláusulas de este plan, y tampoco llena el requisito de equipo médico durable. Hay muchos aparatos electrónicos de comunicación que son nuevos en el campo médico, y muchas compañías de seguro todavía no están muy bien enteradas de la naturaleza médica de estos aparatos, o de las funciones que sirven.

Judy tiene 9 años y tiene parálisis cerebral. Su laringe no funciona, carece del habla debido a la parálisis cerebral, y su condición médica no se puede corregir con cirugía. El Touch Talker le servirá para reemplazar ese órgano que no le funciona, la laringe. La página 32 de su póliza dice que hay artículos médicos que el seguro cubre como por ejemplo, "...un aparato prostético que reemplaza un órgano o una extremidad..." El Touch Talker parece llenar el requisito para poder ser considerado como una prótesis.

La página 22 de su póliza describe "equipo médico durable" como equipo que:

1) "... puede aguantar uso repetido."

El Touch Talker puede sostener uso repetido. Y como muchas personas que usan el Touch Talker no tienen control voluntario de sus músculos, el Touch Talker está hecho de un material durable que se llama Kydex, y el cual puede aguantar el más duro de los tratamientos.

2) "...se usa principalmente y en general con fines de servicio médico."

Como les explicamos anteriormente, el Touch Talker sirve para reemplazar la función de la laringe, que no le funciona. Se usa principal y generalmente con ese propósito. Podemos documentar lo anteriormente dicho por medio de la carta del pediatra de Judy que le incluimos.

---

From *Paying the Bills: Tips for Families on Financing Health Care for Children with Special Needs*, New England SERVE, June 1992.

XYZ Insurance Company  
January 5, 2001 – Page 2

- 3) “...no se puede usar cuando la enfermedad o la lesión no existen, o dejaron de existir.”  
El Touch Talker provee de voz a las personas que no pueden hablar. No tiene funciones que podrían ser de beneficio a una persona que puede usar el habla, y los mecanismos del habla.
- 4) “... puede ser usado en la casa.”  
El Touch Talker puede usarse en cualquier lugar, incluyendo el hogar.

Con las condiciones previamente expresas, está claro que el Touch Talker cumple con las condiciones de cobertura para equipo médico durable. Además, de acuerdo con la conversación que sostuve con Mr. William Wilson de su firma, nuestro pedido fue rechazado porque al Touch Talker se le considera como computadora. El Touch Talker es definitivamente un aparato médico, que reemplaza una parte del cuerpo que no funciona.

En la sección de información general de nuestra póliza, en la página 42, “necesidad médica” está definida como: “Una condición médica que requiere servicios y tratamiento médico. Esos servicios y tratamiento deben ser generalmente aceptados como buenas prácticas médicas para la diagnosis y condición del paciente.”

Adjunto le enviamos una carta de la doctora de Judy, Dra. Penelope Perkins, que certifica la necesidad médica del equipo que le pedimos para Judy. Judy tiene apraxia aguda del habla, que se puede habilitar precisamente con un comunicador oral. Sin ese aparato, si Judy tiene una emergencia, ella no tiene forma de comunicar lo que necesita. Sin recursos para poder comunicar su problema médico, el problema se puede volver grave, algo que requiere tratamiento extenso, y que le va a costar más al seguro.

Muchas gracias por considerar nuestra apelación. Espero que con la explicación que le he dado sobre el Touch Talker como aparato para comunicaciones, usted se dará cuenta de que es un gasto que debe ser cubierto por el seguro, y que debe estar incluido en nuestro seguro médico con ustedes.

Adjunto le envió copias de toda la correspondencia que hemos tenido hasta la fecha con respecto a nuestro pedido. Por favor, avísenos si necesita más información, o quiere hacernos preguntas al respecto.

Atentamente,

Jane Jones

Jasper Jones

Enclosures

---

From *Paying the Bills: Tips for Families on Financing Health Care for Children with Special Needs*, New England SERVE, June 1992.

## **Agencias Que Monitorizan O Inspeccionan**

Para quejarse de planes de indemnización, o de pólizas de seguros de pagos-por-servicios, llame o escriba a:

California Department of Insurance  
Consumer Services Division  
300 South Spring Street  
Los Angeles, CA 90013  
1-800-927-HELP  
(1-800-927-4357)

Preguntas o quejas con respecto a la mayoría de los HMOs deben ser dirigidas a:

Department of Managed Health Care  
HMO Help Center, IMR Unit  
980 Ninth Street, Suite 500  
Sacramento, CA 95814-2725  
(888) HMO-2219  
TDD (877) 688-9891  
[www.hmohelp.ca.gov](http://www.hmohelp.ca.gov)

Para más información sobre ERISA-Acta Federal de Seguridad para Jubilación de Empleados, o para planes de auto-seguros para empleadores, por favor comuníquese con:

U.S. Department of Labor  
Pension & Welfare Benefits Administration  
200 Constitution Avenue, N.W.  
Room N-5658  
Washington, DC 20210  
415-744-6700 Northern California

## **RECURSOS**

### ***CONTACTOS LOCALES***

<p>Programa: CCS-Servicios Para Niños de CA          Contacto:          Dirección:          Teléfono:          Teléfono Estatal: 916-654-0499</p>	<p>Programa: Medi-Cal          Contacto:          Dirección:          Teléfono:          Teléfono Estatal: 888-742-1222</p>
<p>Programa: Programa para Salud Infantil y          Prevención de Discapacidades (CHDP)          Contacto:          Dirección:          Teléfono:          Teléfono Estatal: 916-654-0499</p>	<p>Programa: Centro Regional          Contacto:          Dirección:          Teléfono:          Teléfono Estatal: 916-654-1897</p>
<p>Programa: Centros de Recursos Familiares          Contacto:          Dirección:          Teléfono:          Teléfono Estatal: 800-515-BABY</p>	<p>Programa: Ingreso Suplementario del          Seguro Social          Contacto:          Dirección:          Teléfono:          Teléfono Estatal: 800-772-1213</p>
<p>Programa: Programa Para Personas Con          Discapacidades Genéticas (GHPP)          Contacto:          Dirección:          Teléfono:          Teléfono Estatal: 800-639-0597</p>	<p>Programa: Asistencia Temporal          Familias Necesitadas(TANF)/Cal-Works          Contacto:          Dirección:          Teléfono:          Teléfono Estatal: 800-952-5253</p>
<p>Programa: Plan de Salud          Contacto:          Dirección:          Teléfono:          Teléfono Estatal:</p>	<p>Programa: Programa de Nutrición          para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)          Contacto:          Dirección:          Teléfono:          Teléfono Estatal: 888-942-9675</p>
<p>Programa: Healthy Families          Contacto:          Dirección:          Teléfono:          Teléfono Estatal: 888-747-1222</p>	<p>Programa: Organización que Aboga          por sus derechos          Contacto:          Dirección:          Teléfono:          Teléfono Estatal:</p>

## RECURSOS POR MEDIO DE AGENCIAS PUBLICAS

A continuación le ofrecemos los números de teléfono de varias agencias relacionadas con el área de salud pública, y que mencionamos en este manual. Algunas de estas agencias estatales tal vez le ofrezcan referencias para recursos parecidos en su área local.

<b>AGENCIA PÚBLICA</b>	<b>NÚMERO ESTATAL GRATIS / 800</b>	<b>NÚMERO LOCAL</b>
<p><b>Acceso para bebés y madres / Access for Infants and Mothers (AIM)</b></p> <p>AIM ofrece seguro médico para mujeres embarazadas y sus niños. Ofrece también seguro médico para bebés hasta que cumplen 2 años. Para calificar, debe cumplir con los requisitos de elegibilidad.</p>	<p><b>800-433-2611</b></p>	<p><b>El mismo número</b></p>
<p><b>Servicios Para Niños de California / California Children Services (CCS)</b></p> <p>CCS es un programa ofrecido por medio del Título V de California para niños que necesitan cuidado médico especial. El CCS se encarga de que le ofrezcan atención médica bajo la dirección de ellos, y ellos pagan por esos servicios, el equipo necesario, y por la rehabilitación, de acuerdo con las condiciones que ellos cubren. Para calificar, debe cumplir con los requisitos de elegibilidad que tienen. Vea la Descripción de Servicios en la Sección B de este manual.</p>	<p><b>916-654-0499</b></p> <p>Ese número de teléfono es para llamar al Departamento de Servicios de Salud, Sección de Servicios Médicos Infantiles, que se encarga de administrar las oficinas locales y regionales del CCS.</p>	
<p><b>CaliforniaKids</b></p> <p>California Kids ofrece servicios médicos en la clínica, servicios dentales, de la vista, recetas, y servicios para la salud mental a niños que no tienen seguro médico, y que tienen de 2 a 18 años. Para calificar, debe cumplir con los requisitos de elegibilidad que tienen. Vea la Descripción de Servicios en la Sección B de este manual.</p>	<p><b>800-374-4543</b></p>	<p><b>El mismo número</b></p>
<p><b>Cal Works</b></p> <p>CalWorks es el nombre que se le da en California al programa federal de asistencia que se llama TANF (Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas), el cual le ofrece dinero en efectivo a esas familias. Para calificar, debe cumplir con los requisitos de elegibilidad que tienen.</p>	<p><b>800-952-5253</b></p>	

AGENCIA PÚBLICA	NÚMERO ESTATAL GRATIS / 800	NÚMERO LOCAL
<p><b>Programa de Salud Infantil y Prevención de Discapacidades / Child Health and Disability Prevention Program (CHDP)</b></p> <p>CHDP es un programa de prevención para la salud que ofrece cuidado médico a tiempo y sin costo alguno, además de información, para niños y jóvenes. Para calificar, debe cumplir con los requisitos de elegibilidad que tienen. Vea la Descripción de Servicios en la Sección B de este manual.</p>	<p><b>916-654-0499</b></p> <p>Ese número de teléfono es para llamar al Departamento de Servicios de Salud, Sección de Servicios Médicos Infantiles, que se encarga de administrar las oficinas locales y regionales del CHDP.</p>	
<p><b>Departamento de Atención Médica Administrada</b></p> <p>El Departamento de Atención Médica Administrada es responsable de que los servicios médicos sean provistos de acuerdo con las normas. Este departamento le puede ayudar si tiene quejas contra su seguro médico privado.</p>	<p><b>800-400-0815</b></p>	<p><b>El mismo número</b></p>
<p><b>Departamento de Servicios de Desarrollo Mental / Department of Developmental Services (DDS)</b></p> <p>DDS le ofrece servicios y apoyo a personas que sufren de discapacidades de desarrollo por medio de 21 Centros Regionales en el Estado de California. Vea la Descripción de Servicios en la Sección B de este manual.</p>	<p><b>916-654-1897</b> <b>(Oficina del Director)</b> o <b>800-515-BABY</b> <b>(Para niños recién nacidos hasta la edad de 3 años)</b></p>	<p><b>Centro Regional</b></p>
<p><b>Departamento de Servicios de Salud / Department of Health Services</b></p> <p>El Departamento de Servicios de Salud administra servicios médicos en California, como las agencias y programas California Children Services (CCS), Medi-Cal, CHDP y otros programas.</p>	<p><b>916-445-4171</b> o <b>916-657-2861</b> <b>(Para personas con discapacidades auditivas, use el TDD)</b></p>	<p><b>Departamento de Salud Pública</b>  <b>800-300-9950</b></p>
<p><b>Departamento de Seguros / Department of Insurance</b></p> <p>La División de Servicios Para el Consumidor del Departamento de Seguros le ofrece información, y le ayuda a investigar quejas que tenga de su seguro médico, si lo obtuvo por medio de compañías de seguros. Si tiene quejas contra su seguro médico, pero no obtuvo su seguro por medio de una de esas compañías, como los planes administrados por agencias públicas, debe presentar esas quejas con el Departamento de Corporaciones.</p>	<p><b>800-927-4357</b></p>	<p><b>El mismo número</b></p>
<p><b>Departamento de Servicios Sociales (Para quejas contra Medi-Cal)</b></p> <p>Para que le den información sobre las audiencias, o para pedir que le den una Audiencia Estatal/State Fair Hearing para presentar su queja contra Medi-Cal.</p>	<p><b>800-952-5253</b></p>	<p><b>El mismo número</b></p>

AGENCIA PÚBLICA	NÚMERO ESTATAL GRATIS / 800	NÚMERO LOCAL
<p><b>Departamento de Educacion, Division de Educacion Especial / Special Education Division</b> La División de Educación Especial ofrece dirección y asistencia a todas las agencias públicas y privadas que proveen servicios educativos individualmente a personas que tienen necesidades excepcionales, desde que son recién nacidos hasta los 21 años.</p>	<p><b>800-434-2465</b> <b>(Linea informativa para los padres)</b> <b>o</b> <b>916-445-4613</b></p>	<p><b>Unified School District-Special Education Division/Distrito Escolar Unificado-División de Educación Especial</b></p>
<p><b>Programa Para Personas que tienen Discapacidades Genéticas / Genetically Handicapped Persons Program (GHPP)</b> GHPP se encarga de coordinar y pagar por cuidado médico y rehabilitación para algunos adultos, y para niños que califican, y que tienen ciertas condiciones físicas hereditarias. Para calificar, debe cumplir con los requisitos de elegibilidad que tienen. Vea la Descripción de Servicios en la Sección B de este manual.</p>	<p><b>800-639-0597</b></p>	<p><b>El mismo número</b></p>
<p><b>Healthy Families</b> Healthy Families es el nombre que se le da en California al Plan de Seguro Médico Infantil del Estado, y que ofrece seguro médico a niños de familias con pocos ingresos, pero que el nivel de ingresos se considera muy alto para calificar para el Medi-Cal. Para calificar, debe cumplir con los requisitos de elegibilidad que tienen. Vea la Descripción de Servicios en la Sección B de este manual.</p>	<p><b>888-747-1222</b></p>	<p><b>El mismo número</b></p>
<p><b>Plan de Salud Infantil de Kaiser Permanente: “Kaiser Cuida a Los Niños”</b> Este plan de salud infantil ofrece seguro médico a niños que no tienen seguro, que son menores de 19 años, y que no califican para otros programas públicos o privados. Vea la Descripción de Servicios en la Sección B de este manual.</p>	<p><b>800-255-5053</b></p>	<p><b>El mismo número</b></p>
<p><b>Medi-Cal Para Niños</b> Medi-Cal es el programa público de California que paga por servicios médicos y servicios a largo plazo para Californianos que reciben pocos ingresos, y para otras personas que tienen gastos médicos muy grandes. Medi-Cal ofrece dos clases de cobertura: Pagos-Por-Servicio, y Plan de Cuidado Médico Administrado. Para calificar, debe cumplir con los requisitos de elegibilidad que tienen. Vea la Descripción de Servicios en la Sección B de este manual.</p>	<p><b>888-747-1222</b></p>	

AGENCIA PÚBLICA	NÚMERO ESTATAL GRATIS / 800	NÚMERO LOCAL
<p><b>Dispensaciones del Medi-Cal (Waivers)</b> Las dispensaciones del Medi-Cal permiten que ciertos niños que necesitan cuidado especial, pero que tienen padres que reciben ingresos mayores de los permitidos para calificar en el Medi-Cal, puedan recibir los beneficios. Estas dispensaciones las administra el Departamento de Servicios de Desarrollo (Department of Developmental Services), o la división In-Home Operations de Medi-Cal. Para calificar, debe cumplir con los requisitos de elegibilidad que tienen. Vea la Descripción de Servicios en la Sección B de este manual.</p>	<p><b>916-654-1897</b> <b>(para información sobre las dispensaciones del DDS)</b> <b>o</b> <b>916-324-5941</b> <b>(para información sobre dispensaciones que el DDS no otorga)</b></p>	<p><b>Centro Regional (para dispensaciones del DDS)</b> <b>o</b> <b>El mismo número</b></p>
<p><b>Ingreso Suplementario del Seguro Social / Supplemental Security Income (SSI)</b> SSI es un programa federal que ofrece ciertas cantidades de dinero en efectivo, y acceso a programas, a niños que tienen ciertas discapacidades o enfermedades crónicas. Para calificar, debe cumplir con los requisitos de elegibilidad que tienen. Vea la Descripción de Servicios en la Sección B de este manual.</p>	<p><b>800-772-1213</b></p>	<p><b>El mismo número</b></p>
<p><b>Programa de Nutrición Suplementaria para Madres, Bebés, y Niños / Women, Infants &amp; Children (WIC) Supplemental Nutrition Program</b> WIC ofrece cupones de comida, educación sobre la nutrición, y la mandan a que pida otros servicios para madres y niños. Para calificar, debe cumplir con los requisitos de elegibilidad que tienen. Vea la Descripción de Servicios en la Sección B de este manual.</p>	<p><b>888-WIC-WORK</b></p>	

## FUENTES DE INFORMACION Y AYUDA

A continuación les ofrecemos una lista de teléfonos de organizaciones que le pueden dar información, referirles a la persona indicada, y/o proveer la asistencia necesaria en el estado de California.

NOMBRE DE LA ORGANIZACION	NUMERO 800 / ESTADO	CONTACTO LOCAL
<p><b>Developmental Disabilities Area Boards / Mesas Directivas Para Discapacidades de Desarrollo</b></p> <p>Estas mesas directivas se establecieron para examinar y revisar el sistema de prestar servicios a personas con discapacidades de desarrollo en cada región. Hay 13 en California.</p> <p><b>Organization of Area Boards</b> 3000 Sacramento Street, Suite 210 Sacramento, CA 95816</p>	<p><b>916-227-2148</b></p> <p>También le pueden dar información sobre la Mesa Directiva de su área, si llama al centro regional de su localidad.</p>	
<p><b>Family Resource Centers / Centros de Recursos Familiares</b></p> <p>La mayoría de las comunidades/condados tienen un centro de recursos que ofrece ayuda dando información y referencias con respecto a problemas relacionados con niños que tienen necesidades especiales para el cuidado de su salud. Uno de los Centros Para Información y Entrenamiento de Padres, su centro regional, o el distrito escolar de su área, le pueden ayudar.</p>	<p><b>800-515-BABY</b></p> <p>Con este número puede comunicarse con el Programa Early Start. Ellos le pueden referir al centro de recursos familiares más cercano.</p>	
<p><b>Family Voices / Voces de la Familia</b></p> <p>P.O. Box 769 Algodones, NM 87001</p> <p>Family Voices es una red básica de información, que consiste de familias y sus amistades abogando para ayudar a niños con necesidades especiales para su salud.</p>	<p><b>505-867-2368</b></p>	<p><b>California Coordinator: Juno Duenas/Pat Mejia</b></p> <p>Support for Families 2601 Mission Street San Francisco, CA 94110</p> <p><b>415-282-7494</b></p>
<p><b>Medi-Cal Community Assistance Project (MedCap)</b></p> <p>942 Market Street, Suite 402 San Francisco, CA 94102</p> <p>MedCap es un proyecto que moviliza y aboga por toda la gente que depende del Medi-Cal en todo el Estado, para que el programa opere eficaz y eficientemente.</p>	<p><b>415-395-7959</b></p>	<p><b>La mismas personas del programa anterior.</b></p>

## FUENTES DE INFORMACION Y AYUDA

### CENTROS DE INFORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA LOS PADRES (PTIS):

A continuación le damos una lista de estos centros, o PTIs, en California. Puede llamar a cualquiera de ellos si necesita información sobre niños que tienen necesidades especiales para su salud.

NAME OF ORGANIZATION	STATE / 800 NUMBER	LOCAL CONTACT
<b>DREDF</b> 2212 Sixth Street Berkeley, CA 94710 <a href="mailto:dredf@dredf.org">dredf@dredf.org</a> <a href="http://www.dredf.org">www.dredf.org</a>	<b>510-644-2555</b> (TDD hay aparato para personas sordas) <b>510-841-8645 Fax</b> <b>800-466-4232</b>	
<b>Exceptional Family Support, Education and            Advocacy Center / Centro de Apoyo Familiar,            Educación y Ayuda Exceptional</b> 6402 Skyway Paradise, CA 95969 <a href="mailto:sea@sunset.net">sea@sunset.net</a>	<b>530-876-8321</b> <b>530-876-0346</b>	
<b>Exceptional Parents Unlimited / Padres            Excepcionales Ilimitados</b> 4120 N. First St. Fresno, CA 93726 <a href="mailto:epul@cybergate.com">epul@cybergate.com</a>	<b>209-229-2000</b> <b>209-229-2956 Fax</b>	
<b>Matrix</b> 94 Galli Drive, Suite C Novato, CA 94949 <a href="mailto:matrix@matrixparents.org">matrix@matrixparents.org</a> <a href="http://www.matrixparents.org">www.matrixparents.org</a>	<b>415-884-3535 Voice</b> <b>415-884-3554 TDD</b> <b>415-884-3555 Fax</b> <b>800-578-2592</b>	
<b>Parents Helping Parents of San Francisco /            Padres Ayudando a Otros Padres de            San Francisco</b> 594 Monterey Blvd. San Francisco, CA 94127-2416	<b>415-841-8820</b> <b>415-841-8824 Fax</b>	
<b>Parents Helping Parents of Santa Clara / Padres            Ayudando a Otros Padres de Santa Clara</b> 3041 Olcott St. Santa Clara, CA 95054-3222 <a href="mailto:Info@php.com">Info@php.com</a> <a href="http://www.php.com">www.php.com</a>	<b>408-727-5775 Voice</b> <b>408-727-7655 TDD</b> <b>408-727-0182 Fax</b>	

NAME OF ORGANIZATION	STATE / 800 NUMBER	LOCAL CONTACT
<p><b>Support for Families of Children with Disabilities / Apoyo para Familias de Niños con Discapacidades</b></p> <p>2601 Mission, #710 San Francisco, CA 94110-3111 sfdmiss@aol.com</p>	<p><b>415-282-7494</b> <b>415-282-1226 Fax</b></p>	
<p><b>TASK</b></p> <p>100 West Cerritos Ave. Anaheim, CA 92805 <a href="mailto:Taskca@aol.com">Taskca@aol.com</a></p>	<p><b>714-533-8275</b> <b>714-533-2533 Fax</b></p>	
<p><b>TASK, San Diego</b></p> <p>3750 Convoy Street, Suite 303 San Diego, CA 92111-3741</p>	<p><b>619-874-2386</b> <b>619-874-2375 Fax</b></p>	
<p><b>Protection and Advocacy, Inc. (PAI) / Protección y Ayuda, Inc.</b></p> <p>100 Howe Avenue, Suite 185-N Sacramento, CA 95825</p> <p>PAI es la agencia designada por ley federal que protege los derechos civiles, legales, y de recibir servicios de Californianos con discapacidades.</p>	<p><b>916-488-9950</b> <b>o</b> <b>800-776-5746</b></p>	<p><b>Oficina en el área de la Bahía:</b></p> <p>449-15<sup>th</sup> Street, #401 Oakland, CA 94612</p> <p><b>510-839-0811</b></p>
<p><b>SSI for Children with Disabilities Project of the Volunteer Legal Services Program</b></p> <p>Este proyecto ofrece asistencia legal gratis a los padres de familia que solicitan pago por servicios suplementarios del Seguro Social para sus hijos.</p>		<p><b>Bar Association of San Francisco:</b></p> <p><b>415-782-8969</b></p>

Hay otros grupos de información, referencia y ayuda en su comunidad, que le pueden asistir con información necesaria sobre discapacidades específicas, o con problemas que usted pueda tener al nivel local. Comuníquese con su centro de recursos familiares, o PTI, para que le den más detalles.

## RECURSOS AL NIVEL NACIONAL

<p><b>Association for the Care of Children's Health (ACCH)</b> 7910 Woodmont Avenue, Suite 300 Bethesda, Maryland 20814 301-654-6549 <a href="mailto:acch@clark.net">acch@clark.net</a> <a href="http://www.look.net/acch">http://www.look.net/acch</a></p>	<p>La Asociación para el Cuidado de la Salud Infantil es una organización de familias y profesionales, que provee educación, distribuye recursos, estudios, y asistencia, para asegurarse que todos los aspectos de la salud infantil tienen la familia como base, son psicológica-y socialmente buenos, y son apropiados para el desarrollo mental del niño(a).</p>
<p><b>Bazelon Center for Mental Health Law</b> 1101 – 15<sup>th</sup> Street NW, Suite 1212 Washington, D.C. 20005 202-467-5730 202-223-0404 (FAX) <a href="http://www.bazelon.org">http://www.bazelon.org</a></p>	<p>El Centro para Salud Mental Bazelon es una organización no lucrativa para personas con enfermedades mentales, y retraso mental.</p>
<p><b>Exceptional Parent Library</b> 800-535-1910 <a href="http://www.pedinet.com/news/resource/eparent/library">http://www.pedinet.com/news/resource/eparent/library</a></p>	<p>La Biblioteca para Padres Excepcionales vende libros relacionados con un gran número de temas sobre discapacidades.</p>
<p><b>Family Voices</b> P.O. Box 769 Algodones, New Mexico 87001 888-835-5669 505-867-6517 (FAX) <a href="mailto:famv01rw@wonder.em.cdc.gov">famv01rw@wonder.em.cdc.gov</a> <a href="http://www.familyvoices.org/">http://www.familyvoices.org/</a></p>	<p>Voces de la Familia es un centro de distribución nacional, a nivel popular, de información y educación sobre cuidado de la salud para chicos que necesitan cuidado médico especial.</p>
<p><b>Institute for Child Health Policy</b> 5700 SW 34<sup>th</sup> Street, Suite 323 Gainesville, Florida 32608-5367 904-392-5904 <a href="mailto:ichp@qm.server.ufl.edu">ichp@qm.server.ufl.edu</a> <a href="http://www.ichp.edu">http://www.ichp.edu</a></p>	<p>El Instituto de Pólizas Para la Salud Infantil se dedica a niños que están en planes de salud administrados, con énfasis en niños que necesitan cuidado médico especial.</p>
<p><b>Institute for Health and Disability</b> Box 721 420 Delaware Street SE Minneapolis, Minnesota 55455 <a href="mailto:c3id@gold.tc.umn.edu">c3id@gold.tc.umn.edu</a> <a href="http://www.peds.umn.edu/Centers/ihd/institute.html">http://www.peds.umn.edu/Centers/ihd/institute.html</a></p>	<p>El Instituto de Salud y Discapacidades es una cadena de programas para niños y jóvenes, y sus familias, diseñados para mejorar la salud y el funcionamiento de niños y jóvenes dentro del ambiente familiar y de la comunidad en que viven.</p>

<p><b>Mothers United for Moral Support, Inc. (MUMS)</b> 150 Custer Court Green Bay, Wisconsin 54301-1243 414-336-5333 414-339-0995 (FAX) <a href="http://www.waisman.wisc.edu/~rowley/mums/MUM-HOME.htm">http://www.waisman.wisc.edu/~rowley/mums/MUM-HOME.htm</a></p>	<p>La asociación de Madres Unidas para Apoyo Moral es una organización nacional para familias de niños con discapacidades, desórdenes, anormalidades de cromosomas, o condiciones de salud, que da apoyo a los padres por medio de un sistema de intercomunicación entre padres que tienen niños con las mismas condiciones médicas, o condiciones parecidas.</p>
<p><b>National Committee for Quality Assurance (NCQA)</b> 2000 L Street NW, Suite 500 Washington, D.C. 20036 202-955-3500 <a href="http://www.ncqa.org">http://www.ncqa.org</a></p>	<p>El Comité Nacional para Asegurar Calidad es una organización privada, no lucrativa, dedicada al asesoramiento, y a hacer reportes sobre la calidad de planes de cuidado administrados.</p>
<p><b>National Fathers Network</b> Kindering Center 16120 NE 8<sup>th</sup> Street Bellevue, Washington 98008 206-747-4004 <a href="mailto:maynfn@aol.com">maynfn@aol.com</a> <a href="http://www.fathersnetwork.org">http://www.fathersnetwork.org</a></p>	<p>La Cadena Nacional de Padres ofrece apoyo y recursos para padres y familias de niños que necesitan cuidado especial.</p>
<p><b>National Information Center for Children and Youth With Disabilities (NICHCY)</b> P.O. Box 1492 Washington, D.C. 20013-1492 800-695-0285 or 202-884-8200 <a href="mailto:nichcy@capcon.net">nichcy@capcon.net</a> <a href="http://www.nichcy.org">http://www.nichcy.org</a></p>	<p>El Centro Nacional de Información para Niños y Jóvenes con Discapacidades es un centro que provee información sobre discapacidades y asuntos relacionados con discapacidades que afectan a familias, educadores, y otros profesionales, con énfasis en los niños y jóvenes(hasta los 22 años)</p>
<p><b>National Maternal and Child Health Clearinghouse</b> 2070 Chain Bridge Road, Suite 450 Vienna, Virginia 22182-2536 703-821-8955 <a href="mailto:nmch@cirsol.com">nmch@cirsol.com</a> <a href="http://www.cirsol.com/mch">http://www.cirsol.com/mch</a></p>	<p>La Distribuidora Nacional de Salud Materno-Infantil distribuye información sobre cuidado materno-infantil en todos los Estados Unidos.</p>
<p><b>National Organization for Rare Disorders (NORD)</b> P.O. Box 8923 New Fairfield, Connecticut 06812 203-746-6518 <a href="mailto:orphan@nord-rdb.com">orphan@nord-rdb.com</a> <a href="http://www.rarediseases.org">http://www.rarediseases.org</a></p>	<p>La Organización Nacional para Enfermedades Raras es una federación de organizaciones no lucrativas para la salud que sirven a personas con enfermedades o discapacidades raras.</p>

<p><b>National Parent Network on Disabilities (NPND)</b> 1727 King Street, Suite 305 Alexandria, Virginia 22314 703-684-6763 <a href="mailto:npnd@cs.com">npnd@cs.com</a> <a href="http://www.npnd.org">http://www.npnd.org</a></p>	<p>La misión de La Cadena Nacional Para Padres que Confrontan Discapacidades es de tener presencia y voz al nivel nacional para representar a organizaciones diversas de padres y familias que abogan por niños, jóvenes y adultos que necesitan cuidado especial y tienen discapacidades especiales.</p>
<p><b>National Parent to Parent Support and Information System (NYPPSIS)</b> P.O. Box 907 Blue Ridge, Georgia 30513 800-651-1151 706-632-8822 (FAX) <a href="mailto:judd103w@wonder.em.cdc.gov">judd103w@wonder.em.cdc.gov</a> <a href="http://www.nppsis.org">http://www.nppsis.org</a></p>	<p>El Sistema Nacional de Apoyo e Información de Padres a Padres es una organización no lucrativa establecida para apoyar, fortalecer, y hacer que las familias no se sientan desamparadas por medio de contactos individuales de padres a padres.</p>
<p><b>National Rehabilitation Information Center (NARIC)</b> 8455 Colesville Road, Suite 935 Silver Spring, Maryland 20910 800-346-2742 (V/TTY) <a href="http://www.naric.com/naric">http://www.naric.com/naric</a></p>	<p>El Centro Nacional de Información para Rehabilitación colecta y distribuye información a cualquier persona que tenga interés de aprender sobre discapacidades y rehabilitación.</p>
<p><b>National Resource Library on Youth With Disabilities</b> 800-333-6293 612-624-3939 (TDD)</p>	<p>La Biblioteca Nacional de Recursos para Estudiar Jóvenes con Discapacidades es una gran fuente de información para temas relacionados con adolescentes y discapacidades.</p>
<p><b>Parent Training and Information Centers (PTI)</b> Technical Assistance for Parent Centers PACER Center 4826 Chicago Avenue South Minneapolis, MN 55417-1098 612-827-2966 612-827-3065 (FAX) <a href="mailto:alliance@taalliance.org">alliance@taalliance.org</a> <a href="http://www.taalliance.org">http://www.taalliance.org</a></p>	<p>La Alianza de Asistencia Técnica para Centros de Padres provee asistencia técnica para establecer, desarrollar, y coordinar Proyectos de Entrenar e Informar a los Padres. Proyectos patrocinados por IDEA(Acta de Educación para Individuos con Discapacidades).</p>

## LUGARES DE INTERES EN LA RED CIBERNETICA

### **Alliance of Genetic Support Groups Directory**

<http://www.medhelp.org/agsg/agsgup.htm>

Lista en orden alfabético de conexiones en la Web, que contiene nombres de grupos de apoyo que se especializan en discapacidades o desórdenes genéticos.

### **Academia Americana de Pediatras**

<http://www.aap.org>

The American Academy of Pediatricians web site.

### **Asociación Americana del Habla, Lenguaje y Oídos**

<http://www.asha.org>

Lugar en La Web de la asociación que tiene como meta ofrecer información a padres, consumidores, y profesionales.

### **DrugInfonet**

<http://www.druginfonet.com>

Provee información y conexiones con áreas en el Web que tratan con temas del cuidado para la salud, y temas relacionados con el estudios farmacéuticos.

### **Family Village**

<http://www.familyvillage.wisc.edu>

Un lugar en la Web que provee información, recursos, y oportunidades de comunicación para familias y niños con discapacidades. Contiene muchos conectores con otros locales similares en la Web.

### **MMRL-Multi-media Medical Reference Library**

<http://www.med-library.com/medlibrary>

Este local en la Web sirve para estudiar muchas publicaciones médicas, y bases de información y datos.

### **National Institute of Health-Health Info**

<http://www.nih.gov/health>

El Instituto Nacional para la Salud le ofrece un lugar en la Web con información provista por Los Institutos Nacionales de Educación.

### **Office of Rare Diseases**

<http://rarediseases.info.nih.gov/ord>

La Oficina de Enfermedades Raras también se encuentra en la Web. La información incluye datos sobre más de 6,000 enfermedades raras.

### **Pedbase**

<http://www.icondata.com/health/pedbase/index.htm>

Una base de datos pediátricos diseñada para proveer información sobre varios desórdenes pediátricos.

### **PubMed**

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed>

La biblioteca nacional de medicina le ayuda con servicios de investigación para tener acceso a datos en MedLine, y en otras bases de datos que están relacionadas con el tema.

## DEFINICIONES PARA EL CUIDADO DE SALUD

Las definiciones empleadas han sido adaptadas de las siguientes publicaciones:

- PASSPORT: Knowing the Language/PASAPORTE: Sabiendo el lenguaje (producido por "Families as Participants: Working Within a Managed Care System", un proyecto patrocinado por el US Maternal and Child Health Bureau)
- "Alphabet Soup: Health Care Definitions for Children with Special Health Needs" ; definiciones y otra información similar provista por Family Voices
- "The ABCs of Managed Care", un reporte de Egg Harbor Family Summit
- "Managed Care for Children with Special Health Care Needs: Physician Case Management Model" modelo preparado por el subcomité del Comité Consejero de Managed Care Initiative of Children's Special Health Care Services Advisory Committee.
- "Understanding Medi-Cal: The Basics", publicado por Medi-Cal Policy Institute

### **ACCESO:**

La habilidad de poder recibir servicios de un sistema de cuidado médico, o proveedor médico.

### **RESPONSABILIDAD DE LOS SISTEMAS:**

Hay formas en que el consumidor puede conseguir y pedir información sobre el funcionamiento y utilización del sistema de servicios, para asegurarse de que están siendo provistos en una forma responsable.

### **CUIDADO CRITICO:**

Servicios médicos que se ofrecen después de un accidente, o por causa de una enfermedad; son temporales.

### **SELECCION ADVERSA:**

Ocurre cuando las personas que se inscriben en el plan tienen gastos médicos más altos que la población en general. Si muchas de las personas inscritas tienen gastos mayores que el promedio debido a que usaron más servicios médicos, el plan de seguro médico sufre de selección adversa.

### **GASTOS PERMITIDOS:**

Los gastos necesarios, de rutina, y que son razonables, que cualquier plan razonable cubre.

### **CUIDADO AMBULATORIO:**

Cuidado médico que se ofrece a los pacientes sin tener que internarse en el hospital.

### **FECHA DE ANIVERSARIO:**

La fecha cuando hay que renovar el contrato con un individuo o una compañía porque se vence después de un año. Es la fecha en que cambian los costos de las primas, y los beneficios cambian. Antes de esa fecha permiten lo que se llama "período de inscripción

libre-open enrollment period". La persona puede cambiar de plan o planes de salud durante ese período.

### **LIMITES MAXIMOS ANUALES O CAPACIDADES MAXIMAS:**

Límites que los seguros imponen para ciertos servicios. Puede afectar el total que se permite para visitas médicas, o el total de dólares que el usuario puede cobrar. Si la persona necesita más de los servicios permitidos por el plan, uno debe pedir una excepción a esa regla.

### **APELAR:**

Pedirle formalmente a un plan de cuidado médico que cambie su decisión.

### **APARATOS TECNOLOGICOS DE ASISTENCIA:**

Bajo los términos del programa IDEA, esto consiste de cualquier pieza, equipo, o producto de algún sistema, ya sea comercialmente adquirido, modificado, o hecho a la medida, que se usa para mejorar, mantener, y aumentar la capacidad de cualquier niño(a) con discapacidades de poder valerse por sí mismo.

### **SERVICIOS TECNOLOGICOS DE ASISTENCIA:**

Bajo el Programa IDEA, cualquier servicio que asiste directamente a niños con discapacidades a seleccionar, comprar, o usar un aparato tecnológico que le puede asistir se consideran servicios tecnológicos de asistencia.

### **ESTADIA PROMEDIO EN EL HOSPITAL:**

Medida empleada por hospitales para determinar cuántos días se debe internar a un paciente. Las firmas de cuidado administrado generalmente determinan cuánto tiempo se debe internar a los pacientes, y se

aseguran de que ese tiempo no sea excedido por el paciente.

**MALA FE:**

Esto ocurre cuando el plan de salud rehusa pagar a la persona inscrita, en una forma que no es razonable, por un reclamo válido que la persona presentó. La persona también puede enjuiciar al seguro por medio de un litigio civil.

**COBROS PARA PAGAR EL BALANCE:**

La práctica de cobrarle al paciente por la porción de dinero que le costó a su proveedor médico darle cuidado médico que no está cubierto por el seguro (BALANCE BILLING). Estos cobros se permiten sólo en ciertas ocasiones, y deben estar claramente expresos en los contratos que tienen los proveedores médicos con las compañías de seguro.

**BENEFICIOS BASICOS:**

Consisten de ciertos “servicios médicos básicos” que están en la lista de su guía para miembros, además de servicios requeridos por reglamentos y leyes federales y estatales.

**FIRMAS DE CUIDADO MEDICO PARA SALUD MENTAL:**

Organizaciones de cuidado médico administrado que se especializan en beneficios para tratar problemas de salud mental y abuso de sustancias. Estas firmas ofrecen esa clase de beneficios administrados para negocios privados y agencias públicas. Hace diez años no existían muchas; pero ahora son parte de una gran industria.

**BENEFICIARIO:**

El paciente (su hijo/a) o familia que recibe los “beneficios” o servicios del seguro médico.

**BENEFICIOS o CONJUNTO DE BENEFICIOS:**

Los servicios cubiertos por un plan de salud o compañía de seguros, bajo los términos de su contrato con los miembros.

**CAPACIDAD:**

La capacidad que tiene una organización de salud para proveer los servicios médicos necesarios.

**CAPITACION:**

Método de pagos por servicios, por medio del cual, la aseguranza paga sumas fijas a los proveedores médicos por cada persona que recibe servicios, sin importar el tipo o total de servicios prestados. Algunos HMOs pagan sumas fijas mensuales a los doctores, a lo que le llaman también total mensual por miembro.

**COORDINACION DEL CUIDADO MEDICO:**

El proceso de que todo el cuidado médico esté coordinado por una persona, porque el propósito es que

la familia pueda hacerse cargo de todas las necesidades del niño, y le den cuidado de alta calidad, sin duplicar, ni hacer uso malo de los servicios.

**PROGRAMA DE ADMINISTRACION DE CASOS:**

Programas especiales que ofrecen muchas compañías de seguros, especialmente para individuos que requieren tratamientos caros, o tienen condiciones crónicas. Esos programas asignan a un administrador de casos para que coordine el cuidado médico del miembro del plan. Los administradores de casos pueden hacer arreglos para beneficios que a veces no ofrece el plan. Comuníquese con su plan si quiere saber si califica, y cómo funciona.

**SERVICIO CATEGORIZADO:**

Es un proceso por medio del cual se escoge a personas que califican para que les den asistencia porque pertenecen a ciertos grupos o categorías (como personas mayores, ciegos, o discapacitados).

**CERTIFICADO DE SEGURO MEDICO:**

Descripción de beneficios médicos incluídos en el plan de salud, que generalmente lo distribuyen en su lugar de trabajo a los miembros del plan, porque son parte del grupo cubierto por medio de su trabajo.

**NIÑOS CON DISCAPACIDADES:**

De acuerdo con el Programa IDEA, niños con retraso mental, problemas auditivos (incluyendo sordera), dificultades con el habla o el idioma, impedimentos visuales (incluyendo ceguera), disturbios emocionales, impedimentos ortopédicos, autismo, golpes traumáticos del cerebro, otros impedimentos, o discapacidades de aprendizaje específicas, que necesitan educación especial, y servicios relacionados con su discapacidad.

**NIÑOS QUE NECESITAN CUIDADO MEDICO ESPECIAL:**

Los niños que tienen o corren el riesgo de tener condiciones crónicas físicas, deficiencias en su desarrollo, condiciones mentales o emocionales, y que requieren cuidado médico y servicios relacionados de cierto tipo, y más cuidado de lo que otros niños requieren normalmente.

**COBROS:**

La documentación de servicios médicos que reciben los pacientes de doctores, hospitales, laboratorios, servicios diagnósticos, u otros profesionales médicos. Para los planes de cuidado administrado, los cobros no son necesarios. (Ver definiciones para Capitación y Co-Pago.)

**MEDICO CLINICO:**

Término empleado para describir todo tipo de profesionales médicos que cuidan a pacientes, como

los doctores, enfermeras, asistentes del doctor, terapistas, etc.

**NORMAS CLINICAS:**

La guía que usan los planes de salud y proveedores médicos para hacer decisiones sobre lo que constituye necesidad médica.

**CO-PAGO ( o CO-SEGURO):**

La cantidad que paga el paciente por el costo total de servicios médicos y de hospital, después de haber pagado la suma deducible, o sea, la cantidad que se descuenta del total. Los planes de indemnización o compensación generalmente requieren un co-pago que es un porcentaje del costo del servicio, por ejemplo, 20%. La cantidad varía de acuerdo con el tipo de servicio, y la fecha en que el servicio fue recibido, por ejemplo, unos días después de una emergencia; o el lugar donde el beneficio fue recibido, por ejemplo, en el hospital o en el consultorio del doctor. Los planes de cuidado administrado requieren co-pagos que representan una cantidad mínima del costo total de los servicios que se dan al paciente.

**COBRA (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act) PL.99-272:**

La ley federal llamada Acta de Reconciliación de Presupuestos Colectivos Consolidados ofrece la oportunidad de continuar con el mismo seguro médico por un año y medio, y hasta 3 años, después de haber perdido uno el trabajo. Si la persona con el seguro muere, los dependientes que estaban cubiertos tienen la misma oportunidad. La persona tiene la responsabilidad de pagar por el costo total de las primas del seguro médico. La póliza contiene ciertas condiciones para seguir recibiendo los mismos beneficios. El Comisionado Estatal de Seguros, o alguien de su trabajo, le pueden dar más información sobre sus derechos para continuar pagando su propio seguro médico. [Chuck Quackenbush en California; llamar al teléfono de Información y Asistencia para el consumidor al 1-800-027-4357]

**CUIDADO COLABORATIVO:**

La función que desempeñan las familias como los que hacen las decisiones, y como los encargados de cuidar al niño(a) se reconoce y se apoya, especialmente cuando el sistema de financiamiento para cuidado médico paga por los servicios que apoyan esas funciones. La participación de la familia para decidir en qué forma se distribuyen los recursos médicos que tienen se logra cuando se reconoce que deben ser los padres los que deben hacer las decisiones para trazar un plan de salud para su hijo/a.

**CON BASE COMUNITARIA:**

El sistema de cuidado responde a las necesidades que la comunidad del área define, y cuenta con la comunidad para poder satisfacer esas necesidades. Hasta donde es posible, los servicios que se ofrecen quedan cerca o en la misma comunidad.

**SERVICIOS COMUNITARIOS:**

Práctica de las compañías de seguro por medio de la cual agrupan a las personas de una misma área geográfica, y les ofrecen ciertos servicios por un mismo precio, sin darle consideración al cuidado médico que cada individuo pueda necesitar.

**CHEQUEOS CONTINUOS:**

Técnica de planes de cuidado administrado por medio de la cual mandan a un representante para que revise los expedientes de pacientes hospitalizados, y reporte con cierta frecuencia, si la hospitalización es muy larga, y si el tratamiento es apropiado.

**ATENCION MEDICA CONTINUA:**

Se mide si el cuidado médico que le dieron al paciente desde que se enfermó hasta que se recuperó fue continuo; o sea, no hubo interrupciones.

**CONTINUUM DE CUIDADO MEDICO:**

Se ofrecen servicios múltiples, como atención médica, tratamientos por medio de enfermeras especializadas, y servicios sociales, en varias facilidades que pueden proveer estos servicios para cuidar mejor al paciente. Por ejemplo, hay hospitales que tienen desde cuidado infantil, y cuidado de enfermeras especializadas, hasta cuidado de hospicio para personas que están al borde de la muerte.

**COORDINACION DE BENEFICIOS:**

Este proceso regula la aplicación de beneficios cuando la persona tiene más de un sólo plan de seguro. Los seguros estatales y privados tienen reglamentos que ordenan cómo deben coordinarse los servicios y los pagos. Un plan cubre todos los gastos primarios, y el resto lo paga el segundo seguro. Se hace esto para que la persona no pueda cobrarle doble a los seguros por el mismo servicio.

**CO-PAGO:**

Es un acuerdo entre el miembro del plan de salud y el proveedor médico para pagarle una suma específica, pero módica, por servicios médicos específicos.

**SUBSTITUCION DE COSTOS:**

Es un fenómeno que ocurre en el sistema de cuidado médico de los Estados Unidos porque los proveedores médicos no reciben pagos adecuados por servicios que ofrecen a pacientes que tienen planes de seguro del gobierno. Lo que hacen es cobrarles más a pacientes

que tienen seguros privados para poder recobrar su dinero.

**CONTENCION DE COSTOS:**

Es el esfuerzo que se hace para refrenar o contener el costo de prestar y recibir atención médica. Los costos son mayores cuando se abusa el uso de servicios, y cuando se puede cuidar al paciente en facilidades menos costosas, y sin hacerle daño a su salud.

**COBERTURA DEL SEGURO:**

Los servicios médicos que un plan de salud cubre y ofrece, y con los cuales el paciente está de acuerdo.

**CREDENCIALES:**

El proceso sirve para verificar que un doctor, o proveedor médico, tiene las credenciales necesarias para poder participar en el plan de salud. Los requisitos varían, pero generalmente, los doctores deben presentar su licencia del Estado, y privilegios de admisión a hospitales con planes de salud. A veces, también tienen que presentar otras credenciales, u otras certificaciones.

**CROSSOVER-CRUCES DE PAGOS:**

Se refiere a los pagos que han sido parcialmente procesados y reembolsados por Medicare, y que van al MediCal para que cubra el resto. Sólo las personas que califican para esos seguros reciben estos beneficios.

**(CPT) TECNOLOGIA ACTUAL PARA PROCESOS:**

Es una lista de códigos de la Asociación Médica Americana que ordena el proceso para hacer pagos por servicios médicos. Cada cobro presentado por su proveedor médico a la compañía de seguros debe incluir un código específico.

**CUIDADO COTIDIANO:**

Cuidado médico que se le da al paciente para ayudarle con sus necesidades diarias, pero que no requiere atención médica especializada.

**COBROS RAZONABLES Y DE RUTINA:**

Se refiere a cobros que son parte del promedio que se le cobra a pacientes de planes de salud que están basados en servicios comunitarios.

**DEDUCIBLE:**

Es una cantidad de dinero que debe pagar antes de que pueda recibir atención médica, y su seguro pueda cubrir los costos. Debe averiguar con los del seguro o el plan, cuánto debe pagar cada miembro de su familia. A veces se paga una suma específica para toda la familia, pero no se pueden pasar del total permitido. Los deducibles varían con cada plan, y se pagan sólo una vez al año.

**(DRGs )GRUPOS BASADOS EN DIAGNOSIS:**

Este método reembolsa los gastos del proveedor médico basado en cálculos que hacen de la diagnosis médica para cada paciente. Los hospitales reciben una suma fija basada en el tiempo que se calcula que un paciente con una cierta diagnosis debe internarse en el hospital. Se llama también sistema de pagos calculados.

**DOCUMENTACION:**

Documentos por escrito que muestran el cuidado médico que le han dado a su familia, y lo que el seguro ha pagado. Necesita tener todos los detalles de su caso por escrito, especialmente si no está de acuerdo con el seguro.

**ELEGIBILIDAD DOBLE:**

Son las personas que califican para Medicaid (se llama MediCal en California) y Medicare. Los servicios que cubre Medicare se pagan primero, y el Medicaid cubre el resto.

**(DME) EQUIPO MEDICO DURABLE:**

Equipo médico que es necesario pero no se puede desechar después de usarlo. Por ejemplo, sillas de ruedas, andadores, ventiladores, e inodoros portátiles sobre ruedas.

**(EPSDT ) EXAMENES PREVENTIVOS Y DE RUTINA, PROGRAMA DE DIAGNOSIS Y TRATAMIENTO:**

Servicios y beneficios obligatorios del Medicaid para niños y jóvenes menores de 21 años que califican. Programa diseñado para asegurarse de que los niños puedan recibir cuidado médico preventivo, y tratamiento médico completo y a tiempo. Los programas estatales del Medicaid deben proveer beneficios bajo el programa EPSDT.

**FECHA EFFECTIVA:**

La fecha cuando comienza a cubrir el seguro por medio de un plan de salud o por contrato con la aseguranza.

**CUIDADO DE EMERGENCIA:**

Es cuidado que se necesita de inmediato porque el niño(a) tiene una condición médica, enfermedad, o lesión que es de vida o muerte, o que puede afectar la salud permanente- y seriamente.

**(ERISA ) ACTA PARA ASEGURAR INGRESOS A LOS EMPLEADOS JUBILADOS:**

Ley federal que establece normas uniformes para planes de prestaciones que ofrecen las compañías privadas. Decisiones judiciales han causado que la ley prohíba que los estados experimenten con alternativas financieras para sus planes de salud, sin antes recibir autorización del Congreso.

**CONTRIBUCION DE LOS EMPLEADORES:**

Es la cantidad de dinero que una compañía privada o pública contribuye al plan de salud de cada empleado. La compañía a veces paga una suma fija por cada plan que ofrece a sus empleados (“contribución egalitaria de dólares”); a veces pagan un porcentaje fijo de las primas para cada plan (“porcentajes iguales”); o tal vez hagan sus contribuciones en formas similares y con sus propios ajustes de dinero y servicios.

**MIEMBRO INSCRITO O ENROLADO:**

Es la persona que recibe cobertura bajo un plan de seguro para la salud, ya sea pagos-por-servicio, o cuidado médico administrado.

**AREA PARA INSCRIPCIONES O MEMBRECIA:**

Es el área geográfica en la que debe residir el miembro del plan para poder calificar y recibir servicio. La mayoría de los HMOs limitan anualmente el tiempo que los miembros pueden vivir fuera de esa área y recibir los beneficios del plan. Los estudiantes son la excepción.

**ERISA (Employee Retirement Income Security Act of 1974):**

Acta para Asegurar Ingresos a los Empleados Jubilados: programa administrado por el Departamento de Trabajo. ERISA regula las pensiones y los planes de seguro que las compañías privadas o públicas ofrecen a sus empleados.

**EVIDENCIA DE COBERTURA DE SEGURO:**

Documento escrito que los planes de salud deben darle a la persona inscrita, y que describe detalladamente los servicios que cubren, y las condiciones para cubrirlos. Ese documento lo deben distribuir los seguros, y debe contener las obligaciones que el plan tiene con sus miembros, y las responsabilidades que los miembros inscritos tienen con el plan de salud.

**EXCEPCIONES A LA POLIZA:**

El plan, público o privado, puede escoger un método diferente para el tratamiento médico del paciente, generalmente después de haberlo acordado con el paciente, con el coordinador de cuidado médico, y/o con el proveedor principal.

**EXPLICACION DE BENEFICIOS:**

Es un documento escrito que usan los seguros para explicar detalladamente las acciones que tomaron con respecto a los costos por servicios provistos al paciente.

**EXCLUSION:**

Tratamiento o servicio que ni el seguro ni el plan de salud cubren.

**EXPERIENCE RATING/COBROS CALCULADOS POR USO COMUN:**

Práctica de las compañías de seguro de calcular las primas en base al uso de servicios y condiciones de salud de la mayoría de los usuarios. Una compañía con empleados que hacen uso frecuente de los servicios paga más. Esta práctica generalmente discrimina a personas con discapacidades, o que tienen condiciones médicas crónicas.

**TRATAMIENTO EXPERIMENTAL:**

Tratamiento médico que generalmente no lo cubren los seguros ni los programas públicos de salud porque su eficacia no está comprobada. Seguros privados y programas públicos rechazan cobros cuando consideran el tratamiento como experimental. La aseguranza a veces cuenta con un grupo médico interno que examina esos casos. Artículos médicos publicados también influyen en la decisión. Hay personas que han logrado que los seguros paguen por esos gastos cuando pueden comprobar que otros seguros los han cubierto, o cuando comprueban que el tratamiento ha sido eficaz en varias formas.

**CUIDADO CONCENTRADO FAMILIAR:**

Cuidado médico y sistemas que se basan en lo que las familias consideran importante, que es una prioridad, y con los recursos necesarios para pagarlo. Reconoce que la familia es lo único constante en la vida del niño(a), y los únicos que abogan por su bienestar. Sociedades de colaboración entre padres y profesionales se logran practicando estos principios.

**FEDERALMENTE CALIFICADO:**

Una HMO (Organización de Mantenimiento de la Salud) que cumple con normas federales establecidas para asegurar su condición financiera, que provee servicios de calidad, servicios para los miembros, mercadeo del plan de salud, y contrata a proveedores médicos calificados al nivel federal. Las HMOs que no califican al nivel federal también tienen que cumplir con requisitos y reglamentos federales y estatales que protegen al consumidor y a proveedores médicos, y aseguran la calidad de los servicios ofrecidos.

**COBRO-POR-SERVICIO:**

Seguros médicos tradicionales que permiten que el consumidor escoga proveedores y servicios médicos que generalmente requieren un deducible y un co-pago. Se conoce también con el nombre de seguros de indemnización o compensación.

**COBERTURA INSTANTANEA/CON EL PRIMER DOLAR:**

Un seguro que no requiere deducibles.

**FORMULARIO/RECETARIO:**

Una lista de medicinas que deben ser recetadas, con las dosis recomendadas, que han sido selectas por un plan de salud, seguro, o grupo de doctores, como las mejores en términos de eficacia y costo, y porque son la mejor opción para la condición médica. Medicinas del Formulario pueden ser recomendadas u obligatorias para que ciertos HMOs las cubran (a menos que la condición del paciente requiera una medicina diferente). Estos recetarios o Formularios cambian con frecuencia debido a cambios de costo por medicina, o porque no se encuentran fácilmente en el mercado.

**GUARDIAN:**

Término que se aplica al proveedor médico de una organización de cuidado administrado que controla el acceso del paciente a especialistas, servicios y equipo.

**MEDICINAS GENERICAS:**

Medicamentos que no tienen marcas conocidas en la etiqueta, pero que contienen los mismos ingredientes. Generalmente son más baratas.

**PERIODO DE GRACIA:**

Es un período de tiempo específico que comienza el día en que uno debería haber pagado la prima del seguro, y durante el cual uno todavía puede hacer el pago sin que le nieguen cobertura por cuidado médico. Hay estados que tienen leyes que rigen el número de días que una compañía de seguros le tiene que ofrecer al individuo.

**PROCESO PARA QUEJAS:**

Es un proceso definido, parte del plan de salud, para consumidores o proveedores que pueden tener problemas o que no están de acuerdo con los servicios ofrecidos, con los cobros, o con los procesos que usa el plan de salud en general.

**PRACTICA DE GRUPO:**

Un grupo de doctores que ofrecen atención médica, y que forman una entidad organizada, y comparten equipo, archivos y personal para ofrecer servicios médicos y para administrar el negocio.

**RENOVACION GARANTIZADA:**

Es un contrato para seguro de salud que la aseguranza no puede cancelar, en tanto que el asegurado pague a tiempo las primas requeridas. Con estos contratos, las compañías de seguro tienen derecho de aumentar el precio de las primas, pero sólo si se trata de un grupo de personas que reciben la misma cobertura y que están cubiertas por la misma póliza.

**EMISION GARANTIZADA:**

Un contrato para seguro de salud que la persona recibe sin que su historial médico tenga efecto adverso. Compañías pequeñas que tienen de 3 a 50 empleados tienen derecho a seguro médico aunque uno o más

empleados tengan condiciones médicas previas. También hay planes individuales de Emisión Garantizada, pero el costo del plan y de las primas es mayor.

**(HCFA) ADMINISTRACION FINANCIERA PARA PROGRAMAS DE SALUD:**

Es una agencia federal que administra el financiamiento y reembolsos del Medicare, y que administra también la Oficina de Administración y Coordinación de Cuidado para la Salud Pre-pagado.

**(HIPC) COOPERATIVA DE ADQUISICION DE SEGUROS MEDICOS:**

Es un grupo de compañías y personas que hacen de agente intermediario para adquirir seguros de salud, certificar planes para la salud, administrar primas e inscripciones de nuevos miembros, y proveer información sobre la compra de seguro médico al consumidor. Grupos grandes pueden negociar primas bajas y/o más servicios que las compañías pequeñas o personas individualmente. Se conocen también como Grupos de Adquisición de seguro médico, Cooperativas de Adquisición de Planes para la Salud; o Corporaciones para Adquirir Seguro Médico (ver definición para Competencia Administrada.)

**(HMO) ORGANIZACION DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD:**

Es un sistema de cuidado para la salud organizado, que acepta la responsabilidad de financiar y ofrecer cuidado médico al grupo inscrito en su organización.

**EXAMENES MEDICOS:**

Es un método que usan ciertos seguros y planes de salud para determinar si ciertas personas pueden crear costos médicos altos, ya sea porque están enfermos, o porque se pueden enfermar en el futuro y eso puede costar mucho dinero. Estas pruebas de salud se usan para detectar condiciones médicas pre-existentes, y para determinar si el solicitante corre el riesgo de enfermarse porque padece de obesidad, fuma, o ha usado drogas, y su expediente médico lo muestra.

**HEALTHY FAMILIES/PROGRAMA FAMILIAS SANAS:**

Es un programa del Estado de California de Seguro para la Salud Infantil, subvencionado por el gobierno estatal para ofrecerles seguro médico a los niños que no califican para el programa Medi-Cal.

**(HEDIS) SISTEMA DE INFORMACION Y DATOS SOBRE PLANES DE SALUD DE EMPLEADORES:**

Es un sistema para determinar la calidad de servicios y resultados de planes de salud, que se basa en ciertos

datos. La base de datos, información, y asesoramiento que HEDIS provee es limitado.

**GRUPOS DE ASEGURADOS CON RIESGOS:**

Son programas estatales que permiten que personas con problemas de salud se unan y adquieran seguro médico en grupo. Y aunque el Estado subvenciona parte del costo, las primas del seguro son altas porque las aseguranzas consideran que el grupo representa un riesgo para ellos.

**DISPENSACIONES PARA CUIDADO COMUNITARIO O EN EL HOGAR:**

El Medicaid autoriza estas dispensaciones para permitirle a los estados que ofrezcan alternativas de cuidado médico en la casa, o en un lugar de la comunidad, a personas que de otra manera tendrían que estar internadas en un hospital o en un hogar para enfermos.

**SERVICIOS DE HOSPICIO:**

Servicios médicos para personas moribundas y para sus familias.

**DIA DE HOSPITAL:**

Término para describir un período de 24 horas que comienza a las doce del mediodía o de la medianoche, dependiendo de la hora que el hospital prefiere usar para medir un día, y determinar el tiempo que un paciente recibe atención médica en el hospital.

**ICP-9:**

Es un sistema de numeración para condiciones médicas y procedimientos empleados para hacer cobros, estudios científicos o estadísticos. Por ejemplo, una diagnosis específica como labio leporino o paladar hendido tiene su propio código especial.

**SEGURO MEDICO DE INDEMNIZACION:**

Generalmente es un plan de salud que tiene el método de cobros-por-servicios prestados, y que reembolsa a doctores y proveedores médicos por servicios que le han dado a sus miembros; es un seguro de compensación.

**(IPA) ASOCIACION DE PRACTICA INDIVIDUAL O INDEPENDIENTE:**

Es una asociación de doctores y otros proveedores médicos, incluyendo hospitales, que ofrecen servicios por contrato a miembros de un HMO, pero que generalmente, también ofrecen sus servicios a pacientes que no pertenecen al HMO, y a pacientes de otros HMOs.

**(IEP) PROGRAMA DE EDUCACION INDIVIDUAL:**

De acuerdo con el programa IDEA, es un programa escrito de educación para chicos de edad escolar, que

se convierte en el documento para la educación primaria del estudiante. El plan lo desarrolla un grupo que tiene la responsabilidad de cuidar al niño, y que incluye a los padres del chico.

**(IFSP) PLAN INDIVIDUAL DE SERVICIOS A FAMILIAS:**

De acuerdo con el programa IDEA, es el documento que se usa para planear la educación de niños menores de 3 años, y sus familias.

**(IPP) PLAN DE PROGRAMAS INDIVIDUALES:**

De acuerdo con el acta conocida como Lanterman Act, es un plan para programas desarrollado por el centro regional que tiene esa responsabilidad, por la persona con la discapacidad de desarrollo, y los padres de la persona discapacitada, el guardián legal, o el administrador oficial de la persona.

**(IDEA) ACTA DE EDUCACION PARA INDIVIDUOS CON DISCAPACIDADES:**

Ley federal para estudiantes que necesitan cuidado especial dentro del sistema de educación.

**CUIDADO MEDICO INTERNO:**

Cuidado médico que requiere que el paciente esté interno en el hospital. La mayor parte del cuidado médico necesario se ofrece en el hospital. Pero, hay pacientes que reciben cuidado médico externo cuando van a la emergencia, o a un centro de cuidado ambulatorio.

**(ICC) CONCEJO DE INTERCOORDINACION DE AGENCIAS:**

Un concejo estatal compuesto de familias y profesionales que promulgan pólizas y regulan Parte H/C, la ley federal de educación infantil especial.

**ACTA LANTERMAN:**

Es una ley estatal en California que garantiza ciertos derechos a personas con discapacidades de desarrollo mental, incluyendo el derecho a tratamiento y servicios de rehabilitación, cuidado humanitario, atención médica y tratamiento rápido, y protección contra procedimientos dañinos y peligrosos.

**TOTAL MAXIMO POR VIDA:**

Es la cantidad máxima que un seguro paga por cuidado médico para una persona mientras vive. Si la persona tiene una condición médica crónica, hay que averiguar si hay otras opciones para inscribirse en otro plan de grupo durante el período de inscripciones anuales, mucho antes de la fecha en que va a expirar el seguro actual.

**LIMITACIONES:**

Son condiciones o circunstancias por las que no se pueden recibir pagos, o los beneficios ofrecidos son

limitados. Es muy importante que lea la parte de su póliza o certificado de seguro que explica las limitaciones, exclusiones, y reducciones a servicios ofrecidos, para poder determinar la clase de gastos que no van a cubrir, y usted debe pagar.

**“LOCK-IN/USO OBLIGADO”:**

Es un requisito para miembros de HMOs, y otros planes de cuidado administrado, que deben recibir todos sus servicios médicos del plan y sus doctores, y los servicios deben ser autorizados por el plan y sus doctores, con excepción de emergencias graves, o si los miembros están fuera del área local temporalmente. Es lo opuesto al plan de "punto de servicio", el cual permite que los pacientes reciban servicios médicos sin previa autorización, pero a costos más altos porque no están usando los doctores del plan, y el paciente tiene que pagar de su propio bolsillo.

**CUIDADO DE LARGO PLAZO:**

Son servicios de cuidado para mantener sano al paciente, para ofrecerle ayuda con sus labores cotidianas, y atención médica que se ofrece a personas con enfermedades crónicas, discapacidades, o retraso mental.

**CUIDADO ADMINISTRADO:**

Es un proceso integrado de provisión de servicios y su financiamiento. Incluye acuerdos con proveedores para que ofrezcan cuidado médico a sus miembros, requisitos para seleccionar proveedores de salud, incentivos de peso para que los miembros vayan a los proveedores que tienen en su lista, y programas formales para administrar la cantidad de atención médica que prestan, y la calidad de los servicios que ofrecen.

**(MCO) ORGANIZACION DE CUIDADO ADMINISTRADO:**

Es una organización para la salud, ya sea de tipo pecuniario (que hace ganancias de su producto), o con fines no pecuniarios, que administra sus sistemas de finanza, y ofrece cuidado médico por medio de una cadena de proveedores médicos, y por medio de servicios y productos específicos.

**COMPETENCIA ADMINISTRADA:**

Método para controlar costos de seguros médicos por medio de organizar a las compañías o los empleadores, individuos, y otros compradores de servicios médicos, en cooperativas grandes que quieren cuidado médico para sus miembros. Las compañías de seguro y las organizaciones de cuidado administrado compiten para ofrecer servicios al costo más bajo. (Vea la definición de Cooperativas de Adquisición de Seguros Médicos.)

**BENEFICIOS OBLIGATORIOS:**

Son beneficios específicos que los seguros deben ofrecer de acuerdo con leyes estatales. Cada estado tiene sus propias leyes sobre beneficios obligatorios.

**INSCRIPCION MANDATORIA:**

Hay ciertos grupos que tienen como requisito inscribirse en un programa. El programa de cuidado administrado de Medicaid, por ejemplo.

**MEDICAID:**

Programa federal (Title XIX of the Social Security Act/Título 19 del Acta del Seguro Social) que paga los servicios médicos de ciertos grupos de personas como los pobres, personas mayores, ciegas, discapacitadas, o de personas que están inscritas en ciertos programas, incluyendo el de dispensaciones de Medicaid. Incluye niños de familias que reciben bienestar social. Subvencionado con fondos federales y estatales; la cantidad que reciben las personas varía de acuerdo con el estado.

**HOGAR MEDICO:**

Conceptualmente es un lugar donde el cuidado médico es accesible, enfocado en la familia, continuo, completo, coordinado, humanitario, y competente culturalmente. En un "hogar médico", los doctores y los padres comparten la responsabilidad de que tanto los niños como sus padres tengan acceso a todos los servicios médicos, y servicios que no son médicos, pero que son necesarios para ayudarles a lograr su potencial máximo.

**NECESIDAD MEDICA:**

Término legal empleado para determinar si alguien califica para beneficios y servicios médicos. Describe servicios consistentes con una diagnosis, que cumplen con las normas de buenas prácticas médicas, y que no se ofrecen sólo porque son convenientes para el paciente.

**SERVICIOS MEDICOS NECESARIOS:**

Es una cláusula en la póliza de seguro médico que dice que la póliza sólo cubre servicios necesarios para mantener un cierto nivel de buena salud. La cláusula también define en términos generales, lo que son esos servicios. Es mejor saber exactamente lo que este término significa para los seguros, en caso que tenga que pedirles servicios necesarios. El término "servicio médico necesario" ha sido y sigue siendo interpretado en formas muy diversas.

**MEDICARE:**

Title XX of the Social Security Act/Título 20 del Acta del Seguro Social, que cubre cuidado médico para las personas mayores, y para adultos con discapacidades.

**DIAS MEDICOS INNECESARIOS:**

Término que se usa para describir los días de estadía en alguna facilidad médica que no son necesarios, considerando la forma en que el administrador de casos lo ha determinado. Son excesivos con respecto a la diagnosis y tratamiento de una condición médica, de acuerdo con las normas de buenas prácticas médicas, y las normas impuestas por la comunidad médica en general. Puede ser considerada excesiva la estadía en el hospital porque duró más de lo necesario, se hizo en un lugar más costoso, o en un medio ambiente menos eficaz.

**(NAIC) ASOCIACION NACIONAL DE COMISIONADOS DE SEGUROS:**

Organización de Comisionados de Seguros del Estado que promulgan leyes y reglamentos para la industria de seguros.

**(NCQA) COMITE NACIONAL PARA ASEGURAR SERVICIOS DE CALIDAD:**

Es una organización independiente, con fines no lucrativos, que estudia y acredita planes de cuidado administrado, incluyendo HMOs. NCQA es responsable de haber creado HEDIS/Sistema de Información y Datos de los Seguros Ofrecidos por Empleadores. HEDIS es un sistema que provee medidas uniformes para reportar la eficacia de planes de salud que el NCQA revisa.

**OMBUDSMAN:**

Persona designada por un plan de salud, o por Medicaid, para resolver problemas y responder de un modo objetivo, a preguntas que los consumidores pueden tener.

**PERIODO LIBRE PARA INSCRIPCIONES:**

Es el período durante el cual los empleados se pueden inscribir en un plan de salud sin tener que esperar, ni tener que preocuparse por condiciones pre-existentes. Muchas compañías ofrecen estos períodos anualmente y cuando uno comienza en un trabajo.

**OPCION PARA SERVICIOS EXTERNOS:**

Es una opción que algunos de los planes de salud administrados ofrecen, como los HMOs que tienen punto-de-servicio, y Organizaciones de Proveedores Preferidos, y que sirve para poder escoger o recibir cuidado médico que su plan de salud cubre, pero de proveedores que no son parte de la lista del plan de salud, y que les cobran más por los servicios.

**FUERA DEL AREA:**

Más allá o fuera del área geográfica que cubre un HMO, u otro plan de cuidado administrado. Cuando los miembros de los HMOs se encuentran dentro del área de servicio de su plan, tienen que tener su cuidado

médico autorizado y provisto por los doctores de su HMO para que les cubran esos gastos. Si temporalmente se encuentran fuera del área de servicio, las reglas de los servicios cubiertos cambian.

**SERVICIOS EXTERNOS FUERA DEL PLAN:**

Servicios que algunos proveedores médicos les dan a pacientes, y los proveedores no son miembros del plan al que pertenece el paciente.

**COSTOS DE SU PROPIO BOLSILLO:**

Son todos los gastos que usted paga, lo cual incluye deducibles, co-pagos, y costos que el plan de salud no cubre.

**MEDIDAS DE SERVICIO:**

Es un instrumento para medir el impacto del cuidado médico con respecto a mejoras a la calidad de los servicios, y/o se alarga la vida y la funcionalidad del paciente.

**BENEFICIOS O COBERTURA A PACIENTES EXTERNOS:**

Tratamiento o servicios recibidos en una clínica, o en el consultorio del doctor, sin haber sido admitido al hospital. Si usted tiene una condición médica crónica, debe estudiar con cuidado los beneficios para pacientes externos que ofrecen los planes de salud, porque la mayoría de los servicios se los van a dar como si fuera paciente externo.

**(PTI) CENTRO DE ENTRENAMIENTO E INFORMACION PARA PADRES:**

Cada estado tiene su organización que recibe fondos del Departamento de Educación al nivel federal. Estas organizaciones proveen información y entrenamiento a familias sobre temas educativos que deben impartirles a sus hijos que necesitan cuidado especial.

**PARTE C:**

Early Start – Programa Comienzo a Tiempo, es el componente del programa IDEA, al cual se le llamaba Parte H. Centros regionales y departamentos de Educación Especial son los que tienen la responsabilidad de ofrecer servicios de Early Services a niños desde que son bebés hasta que cumplen 3 años. Es para niños que sufren de retrasos en su desarrollo, o corren el riesgo de retrasarse.

**PROVEEDORES PARTICIPANTES:**

Son los doctores que tienen contratos con planes de salud administrados por PPOs o HMOs, y que están de acuerdo de aceptar los cobros que el plan permite.

**COSTO POR DIA/ PER DIEM:**

Costos diarios, costos para el hospital o para alguna otra institución, por un día de cuidado médico.

**(PHO) ORGANIZACION DE DOCTORES Y HOSPITALES:**

Son organizaciones de doctores y hospitales que firman contratos con una o más HMOs, planes de seguro médico, o directamente con las compañías para proveer cuidado médico.

**PUNTO-DE-SERVICIO:**

Es un término que se aplica a ciertas organizaciones de mantenimiento de salud (HMOs), y organizaciones con proveedores preferidos (PPOs). Los miembros de estos planes pueden ir a otros doctores que no pertenecen a su plan, pero el plan no les cubre el total de gastos.

**GUIA PARA LA PRACTICA DIARIA O PROTOCOLO:**

Descripción de un tratamiento o práctica establecida. Las entidades de cuidado médico administrado las crean y distribuyen a sus proveedores médicos para asistirles con decisiones que deben hacer con respecto al tratamiento clínico que van a recetar. (Vea por favor, la definición de Norma de Cuidado.)

**PRE-AUTORIZACION:**

Debe conseguir la autorización de su seguro, o de su doctor regular antes de que pueda recibir servicios provistos por especialistas. No le pagan por esos servicios si no sigue las reglas.

**CONDICIONES PRE-EXISTENTES:**

Son condiciones físicas o mentales que han sido tratadas, o que normalmente deberían haber recibido tratamiento antes de que usted se inscribiera en el plan de salud o seguro médico. Hay pólizas que no cubren esas condiciones médicas por un tiempo prescrito. A veces, ciertas condiciones pre-existentes no permiten que la persona compre seguro médico. El seguro puede decidir que va a cobrar más caro las primas, o puede ofrecer el seguro pero rehusar pagar los tratamientos para la condición del paciente. Hay estados que tienen leyes para limitar el número de exclusiones que aplican a condiciones pre-existentes.

**(PPO) ORGANIZACION DE PROVEEDOR PREFERIDO:**

Una forma de plan de salud administrado que consiste de un grupo de proveedores que firman contratos con compañías de seguros, y proveen servicios a costos pre-negociados. Los miembros deben tener un proveedor principal que es miembro del PPO. A los miembros se les ofrecen incentivos para que usen los proveedores médicos de la organización, pero pueden ir también a doctores que no pertenecen al plan, aunque tengan que pagar más caro por esos servicios, y sus costos de bolsillo son mayores.

**PRIMA:**

La cantidad que se le paga al seguro por servicios médicos. Se puede pagar semanalmente, mensualmente, trimestralmente, o anualmente.

**ACTA DE CUIDADO MEDICO PREPAGADO:**

Una ley federal promulgada en 1973 que impone normas para organizaciones de mantenimiento de salud(HMOs) que califican al nivel federal. Algunas de las reglas incluyen ofrecer beneficios mínimos, y procesos formales para quejas.

**(PHP) PLAN DE SALUD PREPAGADO:**

Organización para la salud que recibe pagos capitados previos para ofrecer cierto número de servicios; como por ejemplo, servicios de su doctor regular, o pruebas de laboratorio.

**PLANES PREPAGADOS:**

Un plan de salud médico que le cobra una prima fija por la mayoría de los servicios que le ofrecen. Planes prepagados incluyen los HMOs y los PPOs.

**CUIDADO PREVENTIVO:**

Servicios médicos que tratan de reducir la incidencia de enfermedades, lesiones, y otras condiciones médicas. Esto es lo opuesto al Cuidado Crítico que se ofrece después de que una condición médica se presenta.

**CUIDADO PRIMARIO:**

Cuidado médico de rutina que se recibe generalmente en el consultorio de su doctor regular.

**ADMINISTRACION DE CASOS DE CUIDADO PRIMARIO:**

Es un sistema que paga una cantidad mensual a los proveedores médicos para que coordinen los servicios médicos que prestan. Lo usa generalmente el Medicaid.

**AUTORIZACION PREVIA:**

La autorización que necesita el paciente de su doctor regular o de su plan de salud, antes de poder recibir cuidado médico.

**(PRO) ORGANIZACION DE REVISTA PROFESIONAL:**

Es una organización que determina si el cuidado y los servicios provistos son necesarios desde el punto de vista médico, y si cumplen con las normas profesionales establecidas por Medicare and Medicaid.

**CLAUSULA PARA ENFERMEDADES LARGAS O EXTENSION DE BENEFICIOS:**

Es una de las opciones que ofrecen los seguros, por medio de la cual le reembolsan 100 por ciento, en vez de reembolsos parciales, por todos los servicios que le dan que están relacionados con la misma condición médica. Con esta opción tal vez pueda extender el

límite máximo que le permiten hasta que el seguro deja de cubrirle.

**ESTUDIO O REVISTA PROSPECTIVA:**

El proceso por medio del cual un plan de salud revisa o estudia una posible admisión al hospital antes de la fecha de internar al paciente, para evaluar si la admisión es necesaria desde el punto de vista médico. Es uno de los componentes de la administración del uso de servicios recibidos por los pacientes.

**PROVEEDOR:**

Es un hospital, facilidad con enfermeros especializados, facilidad quirúrgica para pacientes externos, doctor, practicante médico, o cualquier otro individuo u organización que tiene licencia para proveer servicios médicos y quirúrgicos, terapia, tratamiento, y alojamiento con el equipo adecuado y necesario.

**CALIDAD ASEGURADA:**

Es un término que describe los esfuerzos que hacen las organizaciones de salud para medir y evaluar la calidad de servicios que proveen.

**CALIDAD ADMINISTRADA:**

Un grupo de actividades formales que sirven para asegurar la calidad de servicios provistos. Administración de calidad incluye asesoramientos y acciones correctivas que deben tomarse para remediar cualquier deficiencia que el proceso de asesoramiento indica.

**RATIONING/APORCIONAMIENTO:**

La distribución de cuidado médico por costo o por los recursos existentes para poder dar servicios.

**REFERENCIAS:**

Es un proceso formal por medio del cual el paciente tiene la autorización de recibir atención médica de un especialista, terapeuta, u hospital. La mayoría de organizaciones de cuidado administrado (MCOs) generalmente requieren estas referencias de su médico regular para permitir pagos por servicios prestados.

**DOCTOR REFERIDO:**

Es un doctor que recibe al paciente por medio de una referencia para que le examine, le haga cirugía, o procedimientos específicos que el paciente necesita, generalmente porque el doctor que lo refirió no está preparado, o no está calificado para ofrecer esos servicios.

**REINSURANCE/SEGURO PARA EL PLAN:**

Es un tipo de seguro que los planes de salud adquieren para protegerse de costos médicos que son demasiado altos, ya sea para asegurarse de costos que ciertos

grupos específicos van a causarles, o del costo de darle servicios a ciertos individuos.

**RENEWAL/RENOVACION:**

Es una cláusula del plan de seguros que describe cómo se puede renegociar el contrato cuando los términos incluídos expiran. Cuando uno ha garantizado la renovación de la póliza, eso le sirve de protección para continuar recibiendo los beneficios cubiertos, aunque los seguros pueden aumentar el costo de las primas, sin consideración a esa cláusula.

**TARJETA DE REPORTE:**

Es un reporte que se publica y se circula a los consumidores, y que les informa de los costos de un plan, la calidad de servicios del plan y sus proveedores. Estas tarjetas de reporte generalmente evalúan los servicios que un plan provee, resultados que los pacientes muestran, satisfacción del paciente con los servicios recibidos, y la estructura de costos.

**RIDER/CLAUSULA ADICIONAL:**

Es un documento legal que se añade al plan de seguro, y que restringe o aumenta la cobertura del seguro. Hay estados que tienen regulaciones para estas cláusulas.

**RIESGO:**

Es un término de las compañías de seguros que se relaciona con responsabilidad financiera que existe al proveer cuidado médico. Un individuo de “alto riesgo”, es alguien que puede tener o padecer más adelante de una enfermedad grave, debido a su historial médico, su historial familiar, o su conducta con respecto al cuidado de su salud, como por ejemplo, las personas que fuman o abusan del alcohol. La expresión “con riesgo”, o “riesgo potencial”, quiere decir que hay responsabilidad por el costo de darle cuidado médico a un grupo de personas. Por ejemplo, si un HMO le paga a un hospital una suma fija por cada uno de sus miembros que va a recibir servicios, el hospital se está poniendo en una situación “de riesgo potencial” por cada miembro que atiende. “Ajustes al Riesgo” es un pago extra que la compañía de seguros médicos le paga a un proveedor médico, o a un grupo médico, si sus miembros se enferman con más frecuencia que la persona promedio, y si el costo del cuidado médico que se les provee es más alto que lo que se considera normal.

**GRUPOS DE RIESGO:**

Consisten de grupos por los cuales el estado asume responsabilidad de ofrecerles seguro médico; se trata de personas que no están sanas, ni aseguradas, porque los seguros las rechazan, y no les ofrecen cobertura para servicios médicos.

**RIESGOS COMPARTIDOS:**

Hay casos en que la entidad de cuidado administrado, o el proveedor médico, asumen la responsabilidad de darle servicios a un grupo específico, pero para lo cual se preparan, en caso de que los costos sean demasiado altos, por medio de un acuerdo previo. La Organización de Cuidado Administrado (MCO), o el proveedor médico, pueden recibir pagos más altos por el cuidado especializado de esas personas.

Generalmente, el Medicaid y la MCO se ponen de acuerdo por medio de una fórmula para compartir cualquier pérdida que resulte cuando el costo por servicios médicos excede la cantidad que se paga por esos servicios normalmente.

**SCHIP:**

La abreviación quiere decir Programas de Seguro de Salud Infantil del Estado, y es una ley que recién fue aprobada por el Congreso, y que provee fondos para darles seguro médico a 10 millones de niños de los Estados Unidos que no tienen seguro médico. SCHIP manda millones de dólares a los estados, y lo continuará haciendo por los próximos 10 años, para que los estados diseñen y planeen sus propios programas. También se le conoce con el nombre de Título 21. [El Programa de Seguro Médico para los niños de California se llama Healthy Families.]

**SEGUNDA OPINION:**

Técnica de cuidado administrado por medio de la cual un segundo doctor da su opinión con respecto a la diagnosis o tratamiento propuesto para un paciente.

**CUIDADO SECUNDARIO:**

Nivel de cuidado médico, entre el nivel de cuidado primario, y el terciario, que generalmente lo proveen los especialistas médicos, y que normalmente requiere una referencia de su doctor regular.

**AUTO-ASEGURADO:**

Es un arreglo por medio del cual las compañías producen su propio plan para ofrecer servicios médicos a sus empleados, a buen precio. Los beneficios que se pueden ofrecer y el costo de servicios los determina la compañía. Esta clase de planes pueden ser administrados por una compañía de seguros, o por un corredor o agente intermediario.

**AUTO-REFERENCIA:**

La habilidad que tiene el paciente de referirse a un especialista, dependiendo de las circunstancias, sin ser referido formalmente por su doctor, sin previa autorización de su doctor regular, y sin haber obtenido permiso de la organización de cuidado administrado.

**AREA DE SERVICIO:**

Es el área geográfica dentro de la cual el HMO u otro plan de cuidado administrado, provee y hace arreglos para ofrecer servicios médicos para sus miembros. El área cubierta es, a veces, la misma que el plan considera es el área de inscripciones, aunque no siempre es así.

**LIMITES PARA SERVICIOS:**

El número de veces que se puede usar un servicio médico, y el período de tiempo específico en que se puede usar.

**SISTEMA DE PAGADOR COMUN:**

Es una forma de financiar el sistema de salud, porque el dinero que se colecta de varios impuestos se entrega a una entidad del gobierno, que se encarga de pagar los costos de servicios a sus miembros. Inglaterra y Canadá tienen ese sistema de pagador común.

**ACCESO UNICO:**

Una persona sólo puede obtener acceso a servicios médicos por medio de su proveedor médico principal, que decide cuáles son los servicios que se consideran necesarios.

**(SNF) FACILIDAD MEDICA CON CUIDADO ESPECIALIZADO:**

Una institución que ofrece servicios de enfermería especializados, y servicios similares, a los residentes; se le llama también “hogar con enfermeros especializados”.

**MEDICINA SOCIALIZADA:**

Sistema de salud que provee cuidado médico y administra sus finanzas, y el cual emplea sus propios doctores, los cuales trabajan para el gobierno, y reciben salarios por sus servicios profesionales.

**OPCION UNICA:**

Una compañía escoge sólo un plan de salud, o un solo seguro que ofrece cobertura para todos sus empleados. Si la opción única es un HMO, generalmente ofrece las alternativas de un plan donde sólo se va con los doctores y hospitales que tienen en su lista, el plan “lock-in”, y el plan de “punto-de-servicio” que permite que sus miembros vayan a otros doctores, pero tienen que pagar más de su propio bolsillo por los servicios médicos que reciben.

**SPEND-DOWN/GASTO TOTAL:**

Es el proceso por medio del cual, la persona gasta todos sus ingresos y pertenencias en cuidado médico, y de esa manera puede calificar para el Medicaid.

**MODELO DE HMO CON PERSONAL:**

Es una HMO que emplea directamente a doctores y otros proveedores que ofrecen servicios médicos, y les pagan a base de salario.

**NORMAS PARA EL CUIDADO DE SALUD:**

Son guías por escrito de prácticas que se basan en diagnósis médicas que los doctores y las organizaciones de cuidado administrado pueden emplear, para ofrecer tratamiento y proveer alternativas de los beneficios. Ver también “Guía para la práctica diaria o protocolo”.

**REGLAMENTOS ESTATALES PARA SEGUROS:**

Leyes y reglamentos que rigen a las compañías de seguro que operan en cada estado. También hay un proceso estatal para quejas y reclamos, y apelaciones. La Comisión Estatal de Seguros y departamentos asociados, o divisiones, proveen información y asistencia. [En California, el Comisionado de Seguros es Chuck Quackenbush. El teléfono de Información para el Consumidor y Línea de Asistencia es 1-800-027-4357]

**ALTO-PERDIDA:**

Una cláusula que limita la responsabilidad civil a una suma específica con respecto a los gastos médicos cubiertos por la póliza. Cuando los gastos llegan a esa cantidad, la compañía de seguros paga por todos los servicios médicos cubiertos por el resto del año, incluyendo deducibles y co-pagos.

**(SSI) INGRESO SUPLEMENTARIO DEL SEGURO SOCIAL:**

Asistencia monetaria mensual para personas, incluyendo niños, que tienen pocos ingresos, y que califican bajo ciertos requisitos de edad o discapacidad. En la mayoría de los estados, el SSI también incluye acceso a los beneficios del Medicaid.

**SERVICIOS Y ASISTENCIA SUPLEMENTARIA:**

El Programa IDEA es para asistir a niños con discapacidades para que se beneficien por medio de educación especial, y servicios de desarrollo mental, correctivos, o de apoyo. Incluye transportación, patología del habla y del idioma, audiología, servicios psicológicos, terapia física y ocupacional, recreación, servicios de trabajo social, consejería, orientación y movilidad, servicios médicos con el propósito de diagnosticar y evaluar.

**ADMINISTRACION DE CASOS ESPECIFICOS:**

Es un término empleado por el Medicaid para servicios de casos administrados cubiertos bajo el Título 9 del Acta del Seguro Social (a partir de noviembre de 1995). La ley federal define Administración de Casos

Específicos como servicios que asisten a personas que califican bajo el plan estatal del Medicaid, para que puedan tener acceso a servicios médicos, sociales, educativos, y otros servicios necesarios.

**(TEFRA) ACTA DE EQUIDAD DE IMPUESTOS Y RESPONSABILIDAD FISCAL DE 1988:**

Programa federal que permite que los niños que necesitan cuidado de salud extenso reciban asistencia médica, aunque la familia reciba ingresos anuales mayores que los que se permiten bajo las reglas regulares de asistencia médica.

**CUIDADO TERCARIO:**

El nivel mayor de cuidado y servicios médicos, generalmente provisto en hospitales por “sub-especialistas” muy bien entrenados, que usan la tecnología médica más avanzada.

**PAGOS DE TERCEROS:**

Pagos por cuidado médico por alguien que no es el beneficiario de esos servicios.

**TITULO 5/CSHCN:**

La agencia estatal que usa fondos federales y estatales para ofrecer servicios, programas y sistemas de cuidado para Niños que Necesitan Cuidado Médico Especial(CHSCN). La versión federal es DCSHCN, que se encuentra en la oficina de Salud Materno-Infantil/Maternal and Child Health Bureau(MCHB).

**CUIDADO SIN COMPENSACION:**

Cuidado médico provisto por doctores y hospitales, y para el cual no hay ni reembolso ni pago; también se le llama cuidado de caridad.

**ASEGURARSE CONTRA RIESGOS:**

Práctica de compañías de seguros de asesorar los riesgos y costos que hay por causa de ciertas enfermedades, y establecer el costo de las primas basado en esos asesoramientos. Se parece a la práctica de imponer costos de primas basado en la experiencia de gastos incurridos.

**CUIDADO URGENTE:**

Es el cuidado que un paciente necesita porque tiene una enfermedad que no es grave, pero que requiere atención médica de inmediato.

**(UCR) USUAL, RAZONABLE Y DE RUTINA:**

Es un sistema de controlar las cuotas que cobran los doctores y tiene como base los factores siguientes: (1) lo que cobra el doctor que ofreció el cuidado médico normalmente por el procedimiento médico; (2) lo que otros doctores de esa misma área cobran por el mismo servicio; y (3) el costo razonable de servicios para ciertos pacientes después de haber estudiado sus casos. Si los cobros son más altos de lo que el seguro

considera normal, el seguro no paga toda la cantidad, y el balance que se debe es la responsabilidad del paciente que recibió el servicio.

**UTILIZACION:**

Es el total de servicios médicos que ciertos grupos de la población reciben, generalmente durante cierto período de tiempo, o como un promedio relacionado al número de personas de la población. Por ejemplo, un HMO puede tener una tasa de utilización de 5 visitas médicas por cada miembro por año. El uso o utilización para hospitales se reporta como los días que los pacientes estuvieron internos en el hospital, como promedio, por cada 1,000 miembros del grupo que se está comparando. Para reducir los costos, los planes de salud y los seguros tratan de reducir el uso innecesario o inapropiado de servicios, por medio de “administración de uso”, o “revista o estudio al uso” de servicios.

**ESTUDIO O REVISTA DEL USO DE SERVICIOS:**

Es un proceso que verifica la provisión de cuidado médico crítico para pacientes internos y externos, en un lugar apropiado, y en donde los costos son razonables y efectivos.

**PERIODOS DE ESPERA:**

Es el tiempo que hay que esperar hasta que el seguro cubra ciertos servicios médicos. El período de tiempo varía, pueden ser meses, o a veces, años de espera.

**DISPENSACIONES:**

Son resultado de un proceso que permite a las agencias estatales de Medicaid que soliciten y reciban permiso del HCFA para proveer servicios que generalmente no los cubre el Medicaid, y/o hacerlo en una manera que el Acta del Seguro Social no describe. La mayoría de programas de cuidado administrado del Medicaid requieren estas dispensaciones. Las dispensaciones, que varían enormemente, también se conocen por sus nombres, como 1115, 1119; se les llama también “basadas en servicios en la casa”, o “basadas en servicios para la comunidad”; o se les llama también dispensaciones de Katie Beckett.

**SEGURO DE ENVOLTURA o “WRAP AROUND”:**

Es un seguro suplementario diseñado para pagar por beneficios adicionales que no los cubre otro plan de seguro. Pólizas de “envoltura o wrap-around” pueden ofrecerle beneficios más completos a las personas que necesitan cuidado médico extenso.

## REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFIA

- 1996-97 *San Francisco Social Service Referral Directory (SSRD)*, The Helpline, San Francisco, CA, 50 California Street, Suite 200, San Francisco, CA 94111
- Adelmann, Becky; Bridge, Lauren; Krahn, Gloria, *PASSPORT: For Children with Special Health Care Needs*, November 1997, University Affiliated Program. Child Development & Rehabilitation Center, Oregon Health Sciences University, P.O. Box 574 Portland, OR 97207
- Sproeger, Steve, California Children Services; *Draft: Parent Handbook*, 1997, Children's Medical Services Branch, Sacramento, CA 95814
- California Department of Developmental Services. *Starting Out Together: An Early Intervention Guide for Families*. 1997, California Department of Developmental Services, Prevention and Children Services Branch. 1600 9th Street, Room 310, PO Box 944202, Sacramento, CA 94244
- Children Now. *Summary of New Legislation to Expand Children's Health Insurance Coverage*. Children Now website: <http://www.childrennow.org/health/healthlegis.html>
- Children's Health Access and Medi-Cal Program (CHAMP), *Health Care Program Comparison Chart*, 198, Maternal and Child Health Access 1010 S. Flower Street, #404, Los Angeles, CA 90015
- Family Resource Network of Alameda County, *Family Notebook*, FRN of Alameda County 5232 Claremont Avenue, Oakland, CA 94618
- Family Voices, Fact Sheets: *Waivers: The Katie Beckett Waivers and the 1115 Waivers, The SSI Children's Disability Programs Children with Special Health Care Needs and Title V Programs*. Family Voices, PO Box 769, Algodones, New Mexico 87001
- Henderson, Kelly. *ERIC Digest #E537 Overview of ADA, IDEA and Section 504*. June 1995. The ERIC Clearinghouse on Disabilities and Gifted Education, The Council for Exceptional Children, 1920 Association Drive, Reston VA 22091
- Medi-Cal Community Assistance Project. *Fact Sheet: The Medi-Cal Two-Plan Model*, Medi-Cal Community Assistance Project, 942 Market Street, Suite 402, San Francisco. CA 94102
- National Information Center for Children and Youth with Disabilities (NICHCY) *Briefing Paper: Paying the Medical Bills*. Revised August 1996, NICHCY, P.O. Box 1492, Washington, DC 20013
- Parent Educational Advocacy Training Center and ARC of Virginia, *Taking Charge: A Parent's Guide to Health Care for Children with Special Needs*, PEATC, 10340 Democracy Lane, Suite 206, Fairfax, Virginia, 22030, 1993
- Protection and Advocacy, Inc. *Rights Under the Lanterman Act: Service Rights and Entitlement Programs Affecting Californians with Disabilities*, Protection and Advocacy, Inc, 100 Howe Avenue, Suite 185-N, Sacramento, CA 95825

Protection and Advocacy, Inc. *Medical Service rights and entitlement Programs Affecting Californians with Disabilities*, Revised April 1996, Protection and Advocacy, Inc. 100 Howe Avenue, Suite 185-N, Sacramento, CA 95825

Rosenfeld, Lynn Robinson, *Your Child and Health Care: A "Dollars and Sense" Guide for Families with Special Needs*, Brookes Publishing Company, Maryland, 1994

Subcommittee on Managed Care Initiative of Children's Special Health Care Services Advisory Committee, *Managed Care for Children with Special Health Care Needs: Physician Case Management Model*

Wells, Eleanora; Cole, Molly; Gresek, Cheryl, Mitchell, Maureen, Ohison, Terry; Wachtenheim, Marion. *Paying the Bills: Tips for Families on Financing Health Care for Children with Special Needs*, 1992, New England SERVE, 101 Tremont Street, Suite 812, Boston. MA 02108

***Nota: Todas las referencias y bibliografía existen en el idioma inglés; por eso, todos los títulos se ofrecen en inglés.***

## ¿LE HA SERVIDO DE AYUDA ESTE MANUAL?

Es muy importante que nos dé su opinión y sugerencias. Por favor, ayúdenos a mejorar los materiales informativos que le damos por medio de este cuestionario. Complételo y mándelo por correo. ¡Muchas gracias!

¿En dónde le dieron este manual?

---

Esta guía me ha ayudado a/con -

- Obtener más servicios para mi hijo (a)
- Poder conversar más a gusto con el doctor regular de mi hijo (a)
- Entender mejor las funciones de las agencias que son parte del cuidado para mi niño (a)
- Ser parte más activa del cuidado de mi hijo (a)
- Ayudar a otros padres con el cuidado de sus hijos (as)

Mi hijo (a) tiene \_\_\_\_\_ años, y el cuidado especial que necesita es:

---

### Opcional:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Area Postal \_\_\_\_\_

Teléfono durante el día: \_\_\_\_\_

- Por favor, pongan mi nombre en la lista del Centro de Recursos Familiares que está en mi área local.
- Me gustaría ser un padre-mentor, o un voluntario (a).

**Por favor, mande esta encuesta a:**  
Family Resource Network of Alameda County  
5232 Claremont Avenue  
Oakland, CA 94618

Teléfono: (510) 547-7322 (510) 658-8354 Fax