

HOJA DE INFORMACIÓN DE HEALTHCHEK Y DE SERVICIOS RELACIONADOS CON EL EMBARAZO

HEALTHCHEK - ¡DELE UN VISTAZO!

¿Sabía usted que el programa Medicaid de Ohio incluye los servicios de **Healthchek** para niños de hasta 21 años de edad? (Estos servicios a veces también se les llama EPSDT.) Los servicios de **Healthchek** ayudan a los niños a mantenerse saludables y a reducir las posibilidades de enfermedades mediante un tratamiento temprano de los problemas de la salud. Todos los servicios de **Healthchek** son gratuitos. Usted puede obtener ayuda e información comunicándose con el coordinador de Healthchek de su condado o su plan de atención médica administrada y visitando el sitio de internet <http://jfs.ohio.gov/ohp/consumer.stm>.

Servicios de exámenes

Los doctores quieren que los niños se hagan chequeos para su bienestar (exámenes) mientras están creciendo para que los problemas de salud se encuentren temprano. Los chequeos cubiertos por **Healthchek** incluyen:

- chequeos físicos
- chequeos de la vista
- chequeos dentales
- chequeos de la audición
- exámenes nutricionales
- exámenes de la salud mental
- Exámenes del desarrollo
- inmunizaciones, si es necesario

Las madres deben hacerse por lo menos un examen prenatal y los niños deben hacerse exámenes al nacer, al tener entre 3 y 5 días de edad, al mes de edad y a los 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24, y 30 meses de edad. Después de eso, los niños deben hacerse por lo menos un examen cada año. Todos los niños deben hacerse la prueba de envenenamiento por plomo.

Servicios de tratamiento

Si el doctor encuentra un problema durante un chequeo, el doctor puede proporcionar el tratamiento o puede referirlo a otro doctor. **Healthchek** cubre los servicios de tratamiento. Algunos servicios pueden necesitar aprobación previa. Si su hijo no está en un plan de atención médica administrada y necesita la aprobación previa para un servicio, el doctor tendrá que solicitar la aprobación de Medicaid de Ohio. Si su hijo está en un plan de atención médica administrada, el doctor solicitará la aprobación previa al plan. Si usted no está de acuerdo con la decisión tomada por Medicaid de Ohio o el plan de atención médica administrada de su hijo, usted puede solicitar una vista. Consulte a su coordinador de Healthchek para más información.

Servicios de apoyo

Los nombres, direcciones y números de teléfono de los coordinadores de Healthchek de todos los condados pueden encontrarse en <http://jfs.ohio.gov/ohp/consumers/docs/countycoordinators.pdf> o llamando al Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia de su Condado (CDJFS, por sus siglas en inglés). Si usted necesita encontrar un doctor, dentista u otro proveedor de atención médica, el coordinador de Healthchek de su condado puede darle una lista. Su coordinador de Healthchek también puede ayudarle a hacer citas médicas y ayudarle a conseguir transporte al doctor. Si su hijo está en un plan de atención médica administrada, el plan también puede ayudarle a hacer citas médicas y puede proporcionarle transporte al doctor. El plan también puede darle una lista de los doctores en su plan. Usted puede ir al sitio de internet del plan para obtener más información.

Usted puede pedirle a su coordinador de Healthchek que le haga referencias para Comienzo con Ventaja (Head Start), el programa para Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants, and Children (WIC)), Ayúdame a Crecer (Help Me Grow), y el Departamento de Niños con Discapacidades Médicas (Bureau for Children with Medical Handicaps). Su coordinador de Healthchek puede darle los nombres de otras agencias que pueden ayudarle a conseguir ropa, vivienda, alimento y otros servicios. Usted también puede enviar preguntas a través de un formulario en línea que se encuentra en www.odjfs.state.oh.us/healthchek/index.asp.

Por favor llene la siguiente información para ayudarnos a proporcionarle servicios de **Healthchek** a usted y/o a su hijo. Si usted no entiende algunas partes o todo este formulario, por favor comuníquese con el coordinador de Healthchek de su condado. **Por favor devuelva esta hoja de información** al coordinador de Healthchek del Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia de su Condado, o **envíela por correo en el sobre incluido con este paquete. Por favor guarde en sus documentos la carta de presentación Healthchek - ¡Dele un vistazo! para que pueda consultarla de nuevo.**

Su información

Nombre	Apellido			
Número de caso	Dirección, número de apartamento			
Ciudad	Estado	Código postal	Condado	Fecha de nacimiento
Correo electrónico	Número de teléfono			

Información de su hijo

Nombre del niño	Número de seguro social o número de facturación de Medicaid
Nombre del niño	Número de seguro social o número de facturación de Medicaid
Nombre del niño	Número de seguro social o número de facturación de Medicaid
Nombre del niño	Número de seguro social o número de facturación de Medicaid

¿Está su hijo inscrito en un plan de atención médica administrada de Medicaid?

- ☐ Sí. Plan _____
- ☐ No. Antes de inscribirse en un plan, asegúrese de que los doctores o clínicas de usted (o de su hijo) estén en la lista de los proveedores del plan.

Servicios de exámenes de Healthchek

Healthchek cubre exámenes médicos, inmunizaciones (vacunas), educación para la salud, y pruebas de laboratorio para todas las personas en Medicaid y menores de 21 años de edad. También cubre exámenes médicos completos, de la vista, dentales, de la audición, nutricionales, psicológicos y exámenes de la salud mental. Estos exámenes son importantes para asegurarse de que su hijo está sano y de que se está desarrollando física y mentalmente. Las madres deben hacerse por lo menos un examen prenatal y los niños deben hacerse exámenes al nacer, al tener entre 3 y 5 días de edad, al mes de edad y a los 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24, y 30 meses de edad. Después de eso, los niños deben hacerse por lo menos un examen de **Healthchek** cada año hasta los 21 años de edad. **Por favor, marque todos los servicios que a usted o a su hijo le gustaría recibir.**

- | | |
|---|--|
| ☐ Un examen médico completo | ☐ Un examen de la audición |
| ☐ Un examen de la vista (ojos) | ☐ Un examen de la salud mental |
| ☐ Un examen dental (dientes) | ☐ Un examen de un especialista: _____ |

Servicios de tratamiento de Healthchek y transporte a las citas médicas

Healthchek cubre las pruebas y los servicios de tratamiento para tratar los problemas o condiciones que se encuentren por medio de un examen. Algunas pruebas y servicios de tratamiento requieren aprobación previa. Si necesita una aprobación previa, su proveedor debe solicitarla a Medicaid de Ohio o a su plan de atención médica administrada.

Su coordinador de Healthchek puede ayudarle a hacer sus citas médicas, dentales y otras y proporcionarle transporte gratuito a las citas, si es necesario. Si usted o su hijo está inscrito en un plan de atención médica administrada, el plan también puede ayudarle a hacer citas y a proporcionarle transporte. También puede darle una lista de los doctores en su plan. Con el fin de asegurar de que usted y su hijo obtengan lo que ambos necesitan, **por favor marque todo lo que a usted o a su hijo le gustaría recibir.**

- | | |
|---|---|
| ☐ Una lista de doctores | ☐ Transporte a las citas médicas o dentales |
| ☐ Una lista de dentistas | ☐ Referencias a Ayúdame a Crecer (Help Me Grow) |
| ☐ Una lista de otros profesionales de la salud | ☐ Referencias al Departamento de Niños con Discapacidades Médicas (Bureau for Children with Medical Handicaps) |
| ☐ Otra ayuda para recibir tratamiento | ☐ Otra información acerca de dónde obtener tratamiento |

¿Tiene usted o su hijo algún problema que necesita atención o tratamiento (por ejemplo, un problema médico, un problema de salud mental, un niño que no se está desarrollando con normalidad, etc.)? Si es así, por favor díganos más sobre esto. _____

Otra información sobre la historia de su hijo

- Mi hijo se ha hecho la prueba de envenenamiento por plomo ☐ Sí ☐ No ☐ No sé
- Las inmunizaciones (vacunas) de mi hijo están al día ☐ Sí ☐ No ☐ No sé
- Mi hijo se ha hecho exámenes del desarrollo ☐ Sí ☐ No ☐ No sé

Servicios de apoyo

Su coordinador de Healthchek también puede darle información sobre los servicios disponibles, como los del programa Mujeres, Bebés y Niños (WIC) y otros servicios que se ofrecen a través de su departamento de salud local y otras agencias locales.

¿Le gustaría obtener más información acerca de otros servicios? Por favor, marque todo lo que aplique.

- | | |
|--|--|
| ☐ Mujeres, Bebés y Niños (WIC) | ☐ Asistencia Financiera |
| ☐ Asistencia con la calefacción | ☐ Comienzo con Ventaja (Head Start) |
| ☐ Otro: _____ | |

¿Hay alguien en su familia (incluyéndola a usted) embarazada? ☐ Sí ☐ No

En caso de que SÍ, indique el nombre(s) de la mujer embarazada. _____

Si lo sabe, indique la fecha(s) prevista para el nacimiento del bebé: Mes _____ Año _____

¿Está la mujer embarazada yendo a un doctor o clínica para el embarazo? ☐ Sí ☐ No

En caso de que SÍ, indique el nombre del doctor o clínica. _____

¿Necesita otros servicios sociales? ☐ Sí, especifique: _____ ☐ No

¿Está actualmente inscrito en un plan de atención médica administrada o HMO? ☐ Sí ☐ No

En caso de que SÍ, indique el nombre del plan o HMO. _____

(Nota: Antes de inscribirse en una Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés), asegúrese de que su doctor o clínica esté en la lista del plan HMO. Si se inscribe en un plan HMO en el futuro, asegúrese de decirle al personal del plan HMO sobre los servicios que le gustaría obtener.)

Reconocimiento

Se me ha dado información acerca de Healthchek. Entiendo que puedo solicitar los servicios de Healthchek o asistencia en cualquier momento. Entiendo que se me pedirá firmar un formulario de autorización por separado si mi información médica necesita ser compartida con otros.

Firma		Fecha
Firma del trabajador social	Fecha	Teléfono
Correo electrónico del trabajador social		

Trabajador social: Por favor envíe esta información al plan de atención médica administrada de Medicaid correspondiente.