

## HOJA INFORMATIVA DE SERVICIOS RELACIONADOS CON EL PROGRAMA HEALTHCHECK Y EL EMBARAZO

### HEALTHCHECK- ¡ÉCHELE UN VISTAZO!

¿Sabía usted que el programa Medicaid de Ohio incluye los servicios **Healthcheck** para niños de hasta 21 años? (A estos servicios también se los conoce en ocasiones como servicios de detección periódica temprana, diagnóstico y tratamiento (Early Periodic Screening, Diagnosis and Treatment, EPSDT)). Los servicios **Healthcheck** ayudan a los niños a mantenerse sanos y reducen las probabilidades de enfermarse al tratar los problemas de salud de forma temprana. Todos los servicios **Healthcheck** son gratuitos. Puede recibir ayuda e información si se comunica con el Coordinador de Healthcheck de su condado o su plan de atención médica administrada y si visita:

<https://medicaid.ohio.gov/wps/portal/gov/medicaid/families-and-individuals/citizen-programs-and-initiatives/healthcek1/healthcek>

#### Servicios de monitoreo

Los doctores quieren que los niños reciban controles de niño sano (exámenes o monitoreos) mientras crecen para poder detectar problemas de salud de forma temprana. Los controles que cubre **Healthcheck** incluyen:

- ❖ Exámenes odontológicos
- ❖ Evaluaciones de desarrollo
- ❖ Exámenes auditivos
- ❖ Vacunas, si fuesen necesarias
- ❖ Evaluaciones de salud mental
- ❖ Exámenes físicos
- ❖ Exámenes de visión
- ❖ Evaluaciones nutricionales

A las madres se les deben realizar exámenes prenatales y a los niños se les deben realizar exámenes: al nacer, entre los 3 y 5 días de nacidos y a los 1, 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24 y 30 meses. A partir de entonces, a los niños se les deberá realizar al menos un examen por año. A todos los niños se les deberá hacer una prueba de intoxicación con plomo.

#### Servicios de tratamiento

Si el doctor encuentra un problema durante el control, el doctor podría proporcionar el tratamiento o derivarle a otro doctor. **Healthcheck** cubre los servicios de tratamiento. Algunos servicios podrían requerir aprobación previa. Si su hijo/a no tiene un plan de atención administrada y necesita aprobación para un servicio, será necesario que su doctor se lo solicite a Medicaid de Ohio. Si su hijo/a tiene un plan de atención médica administrada, su doctor solicitará la aprobación previa del plan. Si no está de acuerdo con la decisión que Medicaid de Ohio o que el plan de atención médica administrada de su hijo/a haya tomado, puede solicitar una audiencia. Revise con su Coordinador de Healthcheck para obtener más información.

#### Servicios de apoyo

Los nombres, direcciones y números telefónicos de los Coordinadores de Healthcheck para todos los condados se pueden consultar en <https://medicaid.ohio.gov/static/Families%2C+Individuals/Programs/countycoordinators.pdf> o llamando al Departamento de Servicios Laborales y Familiares (Department of Job and Family Services) de su condado. Si necesita encontrar a un doctor, dentista u otro proveedor de atención médica, el Coordinador de Healthcheck de su condado puede proporcionarle una lista. Su Coordinador de Healthcheck también puede ayudarle a hacer citas con el doctor y a obtener transporte hacia el doctor. Si su hijo/a tiene un plan de atención administrada, el plan también puede ayudar a programar las citas con el doctor y puede proporcionarle el transporte hacia el doctor. El plan también puede brindarle un listado de los doctores que figuran en su plan. Puede visitar la página web del plan para obtener más información.

Puede pedirle a su Coordinador de Healthcheck que le derive a Head Start, al Programa para mujeres, bebés y niños (Women, Infants, and Children, WIC), Help Me Grow y a la Oficina de Niños con Discapacidades Médicas (Bureau for Children with Medical Handicaps). Su Coordinador de Healthcheck puede darle los nombres de otras agencias que pueden ayudarle a obtener vestimenta, vivienda, alimentos u otros servicios. También puede enviar sus dudas usando un formulario en línea que se encuentra disponible en <https://www.odjfs.state.oh.us/healthcek/index.asp>.

## HOJA INFORMATIVA DE SERVICIOS RELACIONADOS CON EL PROGRAMA HEALTHCHECK Y EL EMBARAZO

**Complete la siguiente información** para ayudarnos a brindarle los servicios de **Healthchek** a usted y a su hijo. Si no entiende este formulario en parte o completo, comuníquese con el Coordinador de Healthchek de su condado. **Devuelva esta Hoja de Información** al Coordinador de Healthchek al Departamento de Servicios Laborales y Familiares (Department of Job and Family Services) de su condado o **envíala al correcto en el sobre incluido en este paquete. Por favor, guarde la carta de presentación en sus registros para que pueda consultarla de nuevo.**

### Su información

Nombre:		Apellido:	
Número de caso:		Fecha de nacimiento:	
Dirección, N.º de depto.:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Condado:
Correo electrónico:		Teléfono:	

### Información sobre su hijo/a

Nombre del (de la) niño(a):	N.º Seg. Soc. o facturación de Medicaid:
Nombre del (de la) niño(a):	N.º Seg. Soc. o facturación de Medicaid:
Nombre del (de la) niño(a):	N.º Seg. Soc. o facturación de Medicaid:
Nombre del (de la) niño(a):	N.º Seg. Soc. o facturación de Medicaid:

¿Su hijo/a está inscrito/a en un plan de atención médica administrada de Medicaid?

Sí, Nombre del plan: \_\_\_\_\_

No. Antes de inscribirse en un plan, asegúrese que sus doctores o clínicas (o los de su hijo/a) estén en la lista de proveedores del plan.

### Servicios de monitoreo de Healthchek

**Healthchek** cubre exámenes médicos, vacunas, educación sobre salud y pruebas de laboratorio para todas las personas que tienen Medicaid y son menores de 21 años. También cubre exámenes médicos completos, de visión, dentales, de audición, de nutrición y de salud psicológica y mental. Estos exámenes son importantes para asegurar que su hijo/a está sano/a y se está desarrollando física y mentalmente. A las madres se les deben realizar exámenes prenatales y a los niños se les deben realizar exámenes al nacer, entre los 3 y 5 días de nacidos y a los 1, 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24 y 30 meses. A partir de entonces, a los niños se les deberán hacer al menos un examen de **Healthchek** por año hasta los 21 años. **Revise todos los servicios que quisiera que usted y su hijo/a reciban.**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Un examen médico minucioso              | <input type="checkbox"/> Un examen auditivo                |
| <input type="checkbox"/> Un examen de visión (ocular)            | <input type="checkbox"/> Un examen de salud mental         |
| <input type="checkbox"/> Un examen odontológico (de los dientes) | <input type="checkbox"/> Examen por un especialista: _____ |

### Citas para servicios de tratamiento y transporte hacia la atención médica de Healthchek

**Healthchek** cubre los estudios y servicios de tratamiento para tratar los problemas o las afecciones encontrados en un examen. Algunos servicios de pruebas y tratamientos requieren aprobación previa. Si requiere aprobación previa su proveedor debe hacer la solicitud a su plan de atención administrada.

Su Coordinador de Healthchek puede ayudarle a hacer citas y proporcionarle transporte gratuito hacia dichas citas, si lo requiere. Si usted o su hijo/a están inscritos en un plan de atención médica administrada, el plan también puede ayudar con las citas y brindar transporte. También puede brindarle un listado de los doctores que figuran en su plan. Para asegurar que usted y su hijo/a reciben lo que necesitan, **por favor revise todos los servicios que quisiera que usted y su hijo/a reciban.**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Un listado de doctores              | <input type="checkbox"/> Un listado de otros profesionales de atención médica          |
| <input type="checkbox"/> Un listado de dentistas             | <input type="checkbox"/> Transporte a citas médicas y odontológicas                    |
| <input type="checkbox"/> Derivaciones a Help Me Grow         | <input type="checkbox"/> Derivaciones a la Oficina de Niños con Discapacidades Médicas |
| <input type="checkbox"/> Otra ayuda para recibir tratamiento | <input type="checkbox"/> Otra información sobre dónde recibir tratamiento              |

¿Usted o su hijo/a tienen problemas que requieren atención o tratamiento (por ejemplo: un problema médico, un problema de salud mental, un/a niño/a que no se esté desarrollando normalmente, etc.)?  Sí  No

En caso **afirmativo**, proporciónenos más información al respecto.

**Más información sobre los antecedentes de su hijo/a**

- A mi hijo/a se le ha realizado el estudio de intoxicación con plomo  Sí  No  No lo sé
- Las vacunas de mi hijo/a están al día  Sí  No  No lo sé
- A mi hijo/a se le han realizado exámenes del desarrollo  Sí  No  No lo sé

**Servicios de apoyo**

Su Coordinador de Healthchek también puede brindarle información sobre servicios disponibles como el Programa para mujeres, bebés y niños (Women, Infants, and Children, WIC) y otros servicios de apoyo que se ofrecen a través del departamento de salud local y otras agencias locales. ¿Desea obtener más información sobre otros servicios de apoyo? Por favor marque todos los que sean aplicables.

- Mujeres, bebés y niños (WIC)  Asistencia alimentaria  Asistencia para calefacción
- Head Start  Otro: \_\_\_\_\_

¿Está alguien (incluyéndose usted) embarazada?  Sí  No

En caso **afirmativo**, proporcione el (los) nombres de la(s) mujer(es) embarazada(s): \_\_\_\_\_

Si conoce los datos, proporcione la fecha esperada de nacimiento del bebé: Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

¿La mujer embarazada está asistiendo al doctor o a la clínica ahora debido al embarazo?  Sí  No

En caso **afirmativo**, proporcione el nombre del doctor o la clínica. \_\_\_\_\_

¿Necesita de otros servicios sociales?  Sí  No

En caso **afirmativo**, cuáles servicios: \_\_\_\_\_

¿Actualmente usted está inscrito/a en algún plan de atención administrada?  Sí  No

En caso **afirmativo**, especifique el nombre del plan: \_\_\_\_\_

**Aceptación**

He recibido información sobre Healthchek. Entiendo que puedo solicitar servicios o ayuda de Healthchek en cualquier momento. Entiendo que se me pedirá que firme un formulario separado de divulgación si es necesario compartir mi información médica con otros.

Firma		Fecha	
Firma del (de la) trabajador(a) de caso	Fecha	Teléfono	
Correo electrónico del (de la) trabajador(a) del caso:			

**Trabajador(a) de caso: Por favor, reenvíe esta información al plan de atención médica administrada de Medicaid apropiado.**