



Special Medical Services (Servicios médicos especiales, SMS)
Programa para niños con necesidades especiales de asistencia sanitaria del Título V de New Hampshire.

Ofrece programas y servicios sanitarios para niños desde el nacimiento hasta los 21 años, que tienen, o corren riesgo de tener una enfermedad crónica, una discapacidad o una necesidad de asistencia sanitaria especial, y sus familias.



Complete la solicitud y las páginas adicionales para los servicios siguientes que ofrece SMS:

☞ **Coordinación de asistencia sanitaria** (complete la solicitud de SMS, páginas 1-4)

- * Coordinadores de asistencia sanitaria especializados colaboran con las familias para planificar y obtener servicios médicos y servicios relacionados necesarios para sus hijos con una enfermedad crónica y/o discapacidad. Los coordinadores de asistencia sanitaria evalúan y supervisan las necesidades de asistencia sanitaria relacionando a las familias, los profesionales sanitarios, los organismos de la comunidad y las escuelas. Apoyan a las familias y las pueden ayudar a buscar y usar recursos sociales, psicológicos, educativos, médicos y económicos según sean necesario.

☞ **Clínica neuromuscular** (complete la solicitud de SMS, páginas 1-4)

- * Ofrece un método de enfoque de un equipo clínico especializado que incluye visitas programadas a la clínica y coordinación de asistencia sanitaria (ver arriba) para niños con discapacidades físicas relacionadas con retrasos de coordinación importantes de origen ortopédico, neurológico, muscular y motor.

☞ **Programa en nutrición, alimentación y deglución** (complete la solicitud de SMS, páginas 1-4 y adjunte el cuestionario NFS separado)

- * Provee una red estatal de nutricionistas infantiles y profesionales en el área de la alimentación y deglución, que ofrecen consulta y evaluación en el domicilio y la comunidad.

☞ **Servicios de apoyo a la familia a través de Partners in Health (PIH)**~ (complete la solicitud de SMS, páginas 1-4 y adjunte el cuestionario de PIH separado)

- * Los coordinadores de apoyo familiar colaboren con las familias para materializar y lograr los objetivos individuales. Los objetivos ayudan a las familias a manejar el efecto de la enfermedad crónica de un niño y mejorar la situación en el hogar, la escuela y la comunidad. Las familias tienen acceso a recursos, fondos, grupos de apoyo, educación, actividades sociales, y actividades de liderazgo.

Los servicios de SMS no tienen ningún costo para las familias

- * Todas las solicitudes se examinan el plazo de 30 días para determinar si su hijo o adolescente (el solicitante) cumple los requisitos de elegibilidad de los programas solicitados. Después de examinar la solicitud, un coordinador de SMS se comunicará con usted para hablar sobre qué ayuda les puede prestar SMS a usted y a su hijo.
- * Si tiene otras preguntas o inquietudes sobre la solicitud o nuestros servicios, puede comunicarse con nuestro número de llamada gratuita 1-800-852-3345 ext. 4488 para recibir más ayuda.



SPECIAL MEDICAL SERVICES (SMS) ~SOLICITUD PARAS TODOS LOS SERVICIOS



LA SOLICITUD ES:

NUEVA

ACTUALIZADA PARA UN

HIJO (0-17)

USTED MISMO (18-21)

Nombre del solicitante:

_____ Apellido IM Nombre

Fecha de nacimiento:

_____ Sexo: M F

Domicilio del solicitante:

_____ Dirección Municipio/ciudad NH Código postal

Dirección postal (si no coincide con el domicilio):

_____ Dirección Municipio/ciudad NH Código postal

Teléfono de contacto principal:

_____ Teléfono secundar _____ Correo electrónico _____

Etnia: (Se puede seleccionar una o más categorías): ¿Es usted hispano, latino, o de origen español?
No, ni hispano, latino ni de origen español
Si, mexicano, mexicano estadounidense, chicano
Si, puertorriqueño
Si, cubano
Si, otra etnia hispana, latina o de origen español

Raza: (Se puede seleccionar una o más categorías): ¿Cuál es su raza?		
Blanco	Filipino	Japonés
Negro o afroamericano	Vietnamita	Coreano
Indígena americano o nativo de Alaska	Samoano	Nativo de Hawai
Indio asiático	Otro asiático	Chino
Otro etnia isleña del Pacífico	Guamano o Chamorro	

El solicitante es ciudadano estadounidense o extranjero residente legal

Sí No Otro _____

Idioma principal que se habla

Inglés Español Otro _____

¿Usa/necesita un intérprete?

No Sí/para el lenguaje verbal (arriba) Sí/para formularios Sí/sordo Sí/otro

El solicitante es autónomo (mayor de 18 años) o vive en este tipo de hogar (Marque una opción)

Autónomo (+18) Tutor legal/padre de acogida Casado Padre soltero Divorciado Separado Viudo

La información que sigue es sobre quién vive con el solicitante

Padre/tutor ~1				Padre/tutor ~2			
Nombre:				Nombre:			
Teléfono de contacto		El mismo que el anterior		Teléfono de contacto		El mismo que el anterior	
Correo electrónico		El mismo que el anterior		Correo electrónico		El mismo que el anterior	

Hermanos~ Que vivan con el solicitante

Nombre	Sexo	Edad	Está inscrito	Nombre	Sexo	Edad	Está inscrito
			SMS				SMS
			SMS				SMS

ATENCIÓN PRIMARIA

Nombre del médico de atención primaria: _____ Nombre del consultorio: _____

SERVICIOS RECIBIDOS

Pagos de SSI Organismo del área Apoyo temprano y servicios Apoyo familiar ~ PIH WIC SMS

SEGURO DE SALUD

El estado de Medicaid Abierto/activo Solicitud pendiente No tiene Nunca solicitó

N.º de ID de _____ Organización de atención administrada (MCO) _____

Privado/estado de otro seguros de salud Actualmente No tiene seguro privado

Nombre de la compañía de _____

Dirección postal del seguro: _____ Número de teléfono: _____

N.º de ID del _____ N.º de ID del _____

Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____

Relación de suscriptor con el solicitante: Madre Padre Otro _____

SERVICIOS

COORDINACIÓN DE ASISTENCIA

SANITARIA

CLÍNICA NEUROMUSCULAR

NUTRICIÓN

APOYO FAMILIAR - Partners in Health

ALIMENTACIÓN Y DEGLUCIÓN

¿Cuáles servicios solicita?

¿Quién lo derivó?

Usted mismo

Otro _____

Médico/PCP/MD/Enfermero

Centro

Organismo del

Médico especialista

Amigo/vecino

Hospital

SMS/NFS

Apoyo temprano y servicios

Partners in Health

Nombre de la persona que derivó: _____



Por qué fue derivado: _____

Enumere todos los diagnósticos médicos del solicitante: _____

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN Y EL INTERCAMIO DE INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL (PHI)

Nombre legal del paciente: _____ FDN: _____

Apellido _____ IM _____ Nombre _____

Dirección del domicilio: _____
Calle/apto. _____ Municipio/ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono principal _____ Otro teléfono _____

Tipo de información médica protegida (PHI) solicitada	Nombre y dirección del consultorio para obtener la información solicitada
Partida de nacimiento (Niño <12 meses de edad)	
Curvas de crecimiento/informes de laboratorio	
PCP~ Progreso y/o notas del consultorio	
Especialista ~Progreso y/o notas del consultorio	
Evaluaciones/notas de tratamiento/foniatría/fisioterapia/ergoterapia	
Expedientes escolares ~ IFSP /IEP	
Otra persona u organismo específico para divulgar PHI de	

OBJETIVO DE LA DIVULGACIÓN: atención y tratamiento continuo Lea ATENTAMENTE las afirmaciones siguientes y firme con las iniciales solamente si corresponde.

_____ Entiendo que la historia clínica puede contener información referente a alcoholismo y/o consumo de sustancias adictivas que está protegida por la ley y no se puede volver a divulgar sin mi consentimiento expreso por escrito a menos que la ley indique otra cosa.

_____ Autorizo específicamente la divulgación de los resultados o tratamiento del VIH, SIDA o CRS.

_____ Autorizo específicamente la divulgación de la historia clínica psiquiátrica o neuropsiquiátrica.

VENCIMIENTO: Esta autorización vencerá:

El _____

Si no se especifica una fecha, esta autorización vencerá 12 meses después de la fecha en que se firmó.

REVOCACIÓN

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante la notificación por escrito al DHHS, salvo en la medida que se hayan llevado a cabo acciones iniciadas de acuerdo a la autorización antes de mi revocación.

Firma del solicitante o del representante legal _____

Fecha de la firma: _____

Autoridad de la firma _____

Solicitante (18+) _____

Padre/madre del menor _____

Tutor _____

Otro _____

****LA FOTOCOPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN SE CONSIDERARÁ TAN VÁLIDA COMO EL ORIGINAL****

La Norma de privacidad de la HIPAA define un organismo de vigilancia sanitaria para que incluya un organismo federal u otro organismo estatal que esté autorizado por la ley para supervisar el sistema de asistencia sanitaria (ya sea público o privado), o programas públicos en los que sea necesaria información médica para determinar la elegibilidad o el cumplimiento con las normas del programa (45 CFR 164.501). Los organismos de vigilancia también comprenden a personas o entidades que actúen conforme a un contrato con el organismo público. De acuerdo a 42 CFR 164.512(d), una entidad amparada puede divulgar información médica protegida a un organismo de vigilancia sanitaria sin la autorización del paciente con el objeto de actividades de supervisión autorizadas por la ley, entre las que se incluye la supervisión del cumplimiento con las normas del programa.

Por favor complete según su leal saber y entender

Profesional/especialidad del profesional	Nombre de la persona/profesional	Ciudad/nombre del consultorio	Teléfono
Médico de atención primaria	PCP		
Especialista			
Médico/especialista			
Médico/especialista			
Médico/especialista			
Dentista			
Escuela/apoyo temprano y servicios			
Apoyo temprano y servicios			
Maestro/maestro de educación especial			
Foniatra			
Fisioterapeuta/ergoterapeuta			
Enfermera escolar			
SERVICIOS COMUNITARIOS			
Organismo del área			

Servicios de apoyo familiares~ PIH			
Servicios de enfermería domiciliarios			
Proveedores de equipos			

Su solicitud de SMS está completa; por favor firme a continuación.

Nombre en letra de imprenta de la persona que completó la solicitud

Su firma

Fecha en que la completó

Relación con el solicitante

La firma del solicitante más arriba certifica que toda la información presentada en la solicitud de SMS es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que cualquier declaración falsa deliberada puede tener como consecuencia una acción legal en mi contra dado que Special Medical Services recibe financiación de fuentes estatales y federales. También confirma que entiendo que SMS puede usar otros datos o recursos estatales para verificar la información que se presenta en esta solicitud.

Enviar por correo todas las solicitudes a: DHHS/Special Medical Services, 129 Pleasant St, Thayer Bldg, Concord NH 03301

Si se solicita, el cuestionario adjunto para	Nutrición, alimentación y deglución:	Apoyo familiar (PIH)	Ayuda económica
---	--------------------------------------	----------------------	-----------------

∅ El Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire no discrimina en función de la raza, credo, color, sexo, edad, filiación política, religión, país de origen ni discapacidad. No habrá discriminación ilegal con respecto a aceptar o prestar servicios.