

Dirección de correo: SCDHHS - Central Mail
 PO Box 100101
 Columbia SC 29202-3101

This box for pilot use only

- Presumptive Disability
 DD Workflow Pilot

Si necesitas ayuda por favor llame al Centro de Contacto de Miembros de Healthy Connections al (888)549-0820.

FOR DHHS USE ONLY

Child Initial Retro Only Date of Last Update: _____
 Household Number: _____ Application Date: _____

**Number of pages received
 and scanned: _____**

Retro: _____

Por favor complete la forma y devuélvala con la Autorización para Divulgar Información de Salud firmada. Es muy importante que incluyas las direcciones completas y todos los números de los servidores médicos suyos. Si la forma no está completa es posible que retrase el proceso de solicitud de Discapacidad de Medicaid.

Es muy importante que la Autorización para Divulgar Información de Salud sea firmada en tinta negra. Si hay una persona autorizada por ley como representante o que tenga poder legal, por favor incluya una copia con la forma completa y firmada.

INFORMACIÓN DEL NIÑO

Niño Niña Prefiero no dar respuesta

Apellido del Niño / Niña: _____ Nombre del Niño / Niña: _____ Segundo Nombre del niño/ niña: _____

Numero del Seguro Social del Niño / Niña: _____ Apellido anterior del Niño/ Niña (si aplica): _____

Fecha de Nacimiento del Niño / Niña: _____ Fecha que Falleció del Niño / Niña (si aplica): _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

INFORMACIÓN PADRES/GUARDIAN

Nombre del Padres/Guardian: _____ Número de teléfono: _____

Relación con solicitante: _____ Número de celular: _____

Dirección del Padre/Madre o Guardia Legal: _____

¿Cuál es su idioma preferido al hablar y escribir (si no es ingles)? _____

¿Cuál es la discapacidad del niño?

Explique cómo la discapacidad del niño/niña afecta su capacidad de funcionar normalmente.
(Puedes agregar paginas si necesitas)

INFORMACIÓN ESCOLAR

¿El niño/niña esta inscrito en una escuela (o pre-escolar)? Yes No

Si la respuesta fue afirmativa complete lo siguiente: En qué grado: _____

Nombre de la maestra: _____

Nombre de la escuela: _____

Dirección: _____

Número de teléfono de la escuela: _____

¿El niño es parte de un programa de educación especial? Yes No

Si la respuesta fue afirmativa enumera el nombre de la maestra: _____

¿Su niño está inscrito en un programa de intervención temprana? Yes No

¿Si la respuesta fue afirmativa cual es el nombre del programa?: _____

Si tienes una copia del IEP o IFSP del estudiante (niños con menos de 3 años), por favor incluye una copia con la esta solicitud completa.

Tipo de terapia	Número de visitas en casa	Numero de visitas en la escuela	Nombre de la Agencia o Terapeuta
Leguaje y de hablar			
Fisioterapia			
Ocupacional			
Respiratoria			
Other:			

CONDICIONES MÉDICAS DEL NIÑO

Actividades Diarias: Por favor indique los niveles funcionales por cada categoría.

Eco k̄pct"	"	<input type="checkbox"/> Independientemente"	"	<input type="checkbox"/> Con Ayuda	<input type="checkbox"/> No Puede
I c̄v̄gct""	"	<input type="checkbox"/> Independientemente"	"	<input type="checkbox"/> Con Ayuda	<input type="checkbox"/> No Puede
Ugp̄v̄ctug"	"	<input type="checkbox"/> Independientemente"	"	<input type="checkbox"/> Con Ayuda	<input type="checkbox"/> No Puede
F ctug"rc"Xw̄gnc"	"	<input type="checkbox"/> Independientemente"	"	<input type="checkbox"/> Con Ayuda	<input type="checkbox"/> No Puede
Dc° ctug"	"	<input type="checkbox"/> Independientemente"	"	<input type="checkbox"/> Con Ayuda	<input type="checkbox"/> No Puede
Xguk̄tug"	"	<input type="checkbox"/> Independientemente"	"	<input type="checkbox"/> Con Ayuda	<input type="checkbox"/> No Puede

Pl̄k̄gn̄f g'hw̄pek̄p<Rqt'hc̄xqt'k̄pf ks w̄g'gn̄pk̄xgn̄f g'hw̄pek̄p'f gn̄pk̄ q0

Vista	<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Entremedio	<input type="checkbox"/> Mal	<input type="checkbox"/> Nada
Oír	<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Entremedio	<input type="checkbox"/> Mal	<input type="checkbox"/> Nada
Hablar	<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Entremedio	<input type="checkbox"/> Mal	<input type="checkbox"/> Nada

Alimento: Indica todos los que aplican.

<input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> Sonda nasogástrica
<input type="checkbox"/> Tubo de gastrostomía o yeyunostomía	<input type="checkbox"/> Parenteral (intravenosa) nutrición

Is your child's developmental (functional) level age-appropriate? Si No

¿Si no, cual es la edad estimada de desarrollo? _____

Medicaciones: Por favor provee la información de medicaciones que toma el niño.

Medicación	Dosificación	Frecuencia	Medicación	Dosificación	Frecuencia

Equipos y Suministros: Por favor indica si el niño necesita algunos de estos recursos:

<input type="checkbox"/> Monitor de apnea	<input type="checkbox"/> Bipedestación prona	<input type="checkbox"/> Sonda nasogástrica	<input type="checkbox"/> Monitor cardíaco
<input type="checkbox"/> Diálisis	<input type="checkbox"/> Jeringas	<input type="checkbox"/> Andador	<input type="checkbox"/> Chaleco de asistencia para la tos
<input type="checkbox"/> Tubos de traqueostomía	<input type="checkbox"/> Bomba intravenosa	<input type="checkbox"/> Máquina de succión	<input type="checkbox"/> Chaqueta para el cuerpo
<input type="checkbox"/> Tubo de gastrostomía	<input type="checkbox"/> Tubos intravenosos	<input type="checkbox"/> Oxígeno	<input type="checkbox"/> Silla de ruedas
<input type="checkbox"/> Frenillos	<input type="checkbox"/> Bolsas/sondas de alimentación	<input type="checkbox"/> Feeding pump/pole	<input type="checkbox"/> Férulas
<input type="checkbox"/> Otro: _____			

Información de Proveedor

Por favor de nos una lista completa de todos los proveedores de salud/servicios y sus direcciones en lo cual he recibido tratamientos médicos en los últimos 15 meses. Asegura que incluyes cualquier doctor primario del niño y cada proveedor de salud mental que he tratado con el niño por cualquier problema desde que empezó. Un proveedor médico o de salud mental puede ser un doctor, psicólogo, terapeuta, trabajador social, fisioterapeuta, quiropráctico, hospital, sala de emergencia, centro de salud, o una clínica donde recibió tratamiento. Puedes escribir en una pagina adicional si te falta espacio. Si su niño solo recibe tratamiento de un proveedor, escribe solo ese proveedor.

	Nombre del Proveedor:	Dirección:	Nombre de la Clínica:	Razón De Visita:	Ultima Visita:
1					
					Número de Teléfono
2					Ultima Visita:
					Número de Teléfono
3					Ultima Visita:
					Número de Teléfono
4					Ultima Visita:
					Número de Teléfono
5					Ultima Visita:
					Número de Teléfono

	Nombre del Proveedor:	Dirección:	Nombre de la Clínica:	Razón De Visita:	Ultima Visita:
6					
					Número de Teléfono
7					Ultima Visita:
					Número de Teléfono
8					Ultima Visita:
					Número de Teléfono
9					Ultima Visita:
					Número de Teléfono
10					Ultima Visita:
					Número de Teléfono

Notificación de no discriminación

El Departamento de Salud y Recursos Humanos (SCDHHS) cumple con todas las leyes federales de derechos civiles que son aplicables y no discriminamos basado en color, raza, origen nacional, edad, discapacidad, o género. SCDHHS no excluye personas o las trata de una manera diferente por su raza, color, origen nacional, edad, debilidad, o género.

SCDHHS provee ayudas y recursos gratis a la gente con debilidades como los que califican como intérpretes de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (incluyendo letras grandes, braille, audio, formas electrónicas accesibles, y otras formas). Proveemos servicio de lenguaje gratis a la gente que no usa inglés como lengua primaria como interpretes calificados e información escrita en otros lenguajes. Si necesitas estos servicios puede contactar a Americans with Disability Act (ADA)/Civil Rights Official por correo al: PO Box 8206, Columbia, SC 29202-8206, por teléfono al: 1-888-549-0820 (TTY: 1-888-842-3620), o por correo electrónico: civilrights@scdhhs.gov

Si crees que SCDHHS no ha proveído estos servicios o ha discriminado en cualquier manera por medio de color, raza, origen nacional, edad, discapacidad o género puedes someter un reclamo con el oficial de Civil Rights usando los contactos referidos. Puedes someter un reclamo en persona, por correo, o por correo electrónico. Si necesitas ayuda sometiéndolo te podemos ayudar.

También puedes someter quejas de derechos civil con el U.S. Department of Health and Human Services, Office of Civil Rights, electrónicamente usando el Office of Civil Rights Complaint Portal en la pagina <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo o teléfono : U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201 o por teléfono al: 800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Formas de queja son disponible en la pagina <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>