

**Enviar a:** SCDHHS-Central Mail  
PO Box 100101  
Columbia, SC 29202-3101

*Si necesita asistencia, llame sin cargo al Centro de Servicios para Miembros de Healthy Connections al (888) 549-0820.*

<input type="checkbox"/> Archivo de la última decisión favorable no encontrado _____ (Iniciales) Continua (CDR) del niño                      Retro: _____	<input type="checkbox"/> Informe de Discapacidad
Número de hogar _____ Fecha de solicitud: ___ / ___ / ___ (Fecha de presentación en MAO99)	<b>Cantidad de páginas recibidas y escaneadas: _____</b>

Sírvase completar este formulario y devolverlo junto con el formulario de Autorización para Divulgar Información de Salud firmado en el sobre proporcionado. Es muy importante que proporcione direcciones completas y números de teléfono para sus fuentes médicas. Si el formulario no se completa totalmente, retrasará el procesamiento de su reclamo de Discapacidad de Medicaid.

Es de suma importancia que el formulario adjunto de Autorización para Divulgar Información de la Salud esté firmado **EN TINTA NEGRA O AZUL por el PADRE O TUTOR LEGAL del niño menor. Si tiene un representante legal o existe un poder, incluya una copia con su formulario completado y firmado.**

**INFORMACIÓN DEL NIÑO**

Apellido del niño: _____	Primer nombre del niño:	Inicial del segundo nombre:
Nº de SS del niño:	Apellido anterior del niño (si corresponde):	
Fecha de nacimiento:	Fecha de fallecimiento (si corresponde):	
Dirección:	Ciudad:	Estado:
Código postal: _____		

**INFORMACIÓN DEL PADRE O TUTOR**

Padre / Tutor:

Relación con el solicitante:	Teléfono:
Dirección del Padre / Tutor:	Ciudad:                      Estado:
Código postal: _____	

¿Cuál es la discapacidad de su hijo?

¿Hubo algún cambio (para mejor o para peor) o nuevas lesiones o enfermedades desde que el niño comenzó a recibir beneficios?

Sí  No    En caso afirmativo, ¿qué ha cambiado y cuándo?

Proporcione el nombre de alguien que sepa de la condición de su hijo (no un médico o maestro).  
Ejemplos: vecino, abuelo, etc.

Nombre del contacto: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación con el niño: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE LA ESCUELA / FORMACIÓN**

¿Actualmente el niño asiste a la escuela (o a preescolar)?  Sí  No Si la respuesta es positiva, complete

lo siguiente: Grado actual: \_\_\_\_\_ Nombre del maestro de primaria: \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

¿El niño está en un programa de educación especial?   Sí  
No Número de teléfono de la escuela: \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, proporcione el nombre del maestro: \_\_\_\_\_

En la escuela, ¿el niño recibe:

- |                             |                             |  |                                    |       |
|-----------------------------|-----------------------------|--|------------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Terapia Ocupacional?                           | Nombre del Terapeuta:              | _____ |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Terapia del Lenguaje?                          | Nombre del Terapeuta:              | _____ |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Fisioterapia?                                  | Nombre del Terapeuta:              | _____ |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Terapia de Análisis Conductual Aplicado (ABA)? | Nombre del Terapeuta:              | _____ |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Otros servicios?                               | Nombre del prestador del servicio: | _____ |

**Si tiene una copia del Plan de Educación Individualizada (IEP) del estudiante, incluya una copia con la solicitud completada.**

¿El niño asiste a una guardería o a un programa después de la escuela?  Sí  No

Nombre del programa: \_\_\_\_\_

Tipo de programa: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Maestro/Proveedor del Programa: \_\_\_\_\_

Dirección:

Ciudad:

Estado: \_\_\_\_\_

Código postal:

**Proporcione una dirección completa de todos los prestadores médicos y de servicios para que podamos solicitar registros médicos de educación y tratamiento.** Si necesita más espacio, utilice la sección “Observaciones” o adjunte páginas adicionales.

**TRATAMIENTO MÉDICO: Enumere TODOS los médicos a los que haya consultado en una clínica o consultorio médico en los últimos 15 meses.**

1. Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Nombre de la clínica: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Motivo de la consulta: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Fecha de la última consulta: \_\_\_\_\_
2. Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Nombre de la clínica: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Motivo de la consulta: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Fecha de la última consulta: \_\_\_\_\_
3. Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Nombre de la clínica: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Motivo de la consulta: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Fecha de la última consulta: \_\_\_\_\_
4. Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Nombre de la clínica: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Motivo de la consulta: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Fecha de la última consulta: \_\_\_\_\_

Enumere **TODOS** los **hospitales, salas de emergencia o centros de atención de urgencias** a los que el niño haya acudido en los últimos **15 meses**. Escriba solo el nombre del centro; no necesitamos los nombres individuales de los médicos.

1. Nombre del centro: \_\_\_\_\_ (Marque con un círculo todo lo que corresponda)  
PACIENTE HOSPITALIZADO\*PACIENTE  
AMBULATORIO  
  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Motivo de la consulta: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Fecha de la última consulta: \_\_\_\_\_
  
2. Nombre del centro: \_\_\_\_\_ (Marque con un círculo todo lo que corresponda)  
PACIENTE HOSPITALIZADO\*PACIENTE  
AMBULATORIO  
  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Motivo de la consulta: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Fecha de la última consulta: \_\_\_\_\_
  
3. Nombre del centro: \_\_\_\_\_ (Marque con un círculo todo lo que corresponda)  
PACIENTE HOSPITALIZADO\*PACIENTE  
AMBULATORIO  
  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Motivo de la consulta: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Fecha de la última consulta: \_\_\_\_\_
  
4. Nombre del centro: \_\_\_\_\_ (Marque con un círculo todo lo que corresponda)  
PACIENTE HOSPITALIZADO\*PACIENTE  
AMBULATORIO  
  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Motivo de la consulta: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Fecha de la última consulta: \_\_\_\_\_

Enumere **TODOS** los **TERAPEUTAS (fuera de la escuela)** a los que el niño haya consultado en los últimos **15 meses**. En esta sección, haga una lista de la **Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Terapia del Lenguaje, etc.** *Proporcione información de contacto completa de cada prestador. Si los servicios se coordinan a través de BabyNet, igual es necesario que nos proporcione la información de contacto de cada prestador individual, ya que no siempre podemos obtener registros de BabyNet directamente.*

1. Nombre del prestador: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tipo de prestador: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Fecha de la última consulta: \_\_\_\_\_

2. Nombre del prestador: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tipo de prestador: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Fecha de la última consulta: \_\_\_\_\_

3. Nombre del prestador: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tipo de prestador: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Fecha de la última consulta: \_\_\_\_\_

4. Nombre del prestador: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tipo de prestador: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Fecha de la última consulta: \_\_\_\_\_

5. Nombre del prestador: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tipo de prestador: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Fecha de la última consulta: \_\_\_\_\_

Enumere todos los lugares adicionales donde se haya realizado exámenes o estudios por imágenes (análisis de sangre, radiografías, TC, etc.) realizados en los últimos 15 meses **si el centro no ha sido ya enumerado antes.**

1. Nombre del centro: \_\_\_\_\_ Fecha de la última consulta: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Examen/Imagen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Nombre del centro: \_\_\_\_\_ Fecha de la última consulta: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Examen/Imagen: \_\_\_\_\_

3. Nombre del centro: \_\_\_\_\_ Fecha de la última consulta: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Examen/Imagen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Nombre del centro: \_\_\_\_\_ Fecha de la última consulta: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Examen/Imagen: \_\_\_\_\_

## **OBSERVACIONES**

Utilice este espacio para proporcionar información adicional que pueda ayudar a tomar una decisión sobre su reclamo por incapacidad.

**Recuerde firmar y devolver el Formulario 921 de Autorización para Divulgar Información de Salud.**