

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD DE ARIZONA
Programa Perinatal de Alto Riesgo / Programa de Cuidados Intensivos Neonatales
Planilla y cuestionario socioeconómicos

Coloque la etiqueta aquí
 (Si no cabe la etiqueta,
 colóquela al dorso de la forma.)

| | | | | |
|---|------------|---|--------------------------|-------------------------|
| 1. Apellido de infante | 2. Sufijo | 3. Primer Nombre | 4. Inicial de 2º nombre | 5. Fecha de nacimiento |
| 6. Apellido (Persona Responsable) | 7. Sufijo | 8. Primer Nombre | 9. Inicial de 2º nombre | 10. Fecha de nacimiento |
| 11. Apellido de persona asegurada | 12. Sufijo | 13. Primer Nombre de persona asegurada | 14. Inicial de 2º nombre | |
| 15. Tipo de cobertura de infante <input type="checkbox"/> AHCCCS <input type="checkbox"/> KidsCare <input type="checkbox"/> Servicios de Salud Indígenas <input type="checkbox"/> particular <input type="checkbox"/> ninguna | | 16. Estado de infante con AHCCCS <input type="checkbox"/> reúne <input type="checkbox"/> no reúne <input type="checkbox"/> pendiente <input type="checkbox"/> denegado | | |
| 17. Numero de AHCCCS de infante | | 18. Fecha de reunir requisitos para AHCCCS de infante | | |

Incluya los ingresos actuales de ambos padres de familia antes de retener los impuestos o cualquier otra deducción. Incluya los ingresos de la madre si volverá a trabajar cuando regrese de la cuarentena de parto. Incluya TODAS las fuentes de ingresos de los padres de familia.*

| | |
|---|---|
| <p>RESPONSABILIDAD ECONÓMICA FAMILIAR</p> <p>A. Personas en el hogar <input type="checkbox"/></p> <p>Incluya neonato(s), padre(s) de familia, hermanos y dependientes que declare en sus impuestos sobre renta más recientes.</p> <p>INGRESO ANUAL BRUTO DEL HOGAR</p> <p>Padre _____ Madre _____ Otros _____</p> <p>B. Ingreso anual Bruto del hogar *</p> <p style="text-align: center;">\$ _____</p> <p><small>*Incluya los ingresos de ambos padres de familia, si trabajan. No incluya ingresos de otros familiares, tales como los abuelos, a menos que ellos se encarguen económicamente de su bebé.</small></p> <p><small>Los gastos médicos se definirán como las costas médicas, de la vista y dentales, incluso las primas de los seguros, <u>que se enfrenten desde la fecha de nacimiento de su bebé y por los 12 meses anteriores.</u> NO incluya los gastos que alguna entidad aseguradora tercera haya pagado o que se espere que pague. NO incluya los gastos actuales por internar a su infante en la unidad de cuidados intensivos. SI incluya las atenciones prenatales (durante el embarazo) de la madre, las costas hospitalarias de la madre y las costas hospitalarias de su bebé antes de que le transportaran (si no estuviera inscrito en el programa NICP en aquel hospital).</small></p> | <p>Primas de seguros médicos, dentales y de la vista (deducidas del cheque o por pago directo) _____</p> <p>Copagos, pagos, deducibles y honorarios de médicos, dentistas y oftalmólogos _____</p> <p>Recetas _____</p> <p>Costas de laboratorio y otros estudios médicos _____</p> <p>Atenciones de la vista (anteojos o pupiletas/lentes de contacto) _____</p> <p>Efectos médicos _____</p> <p>Costas de operaciones _____</p> <p>Otros gastos médicos _____</p> <p style="text-align: right;">Total de gastos médicos _____</p> <p>B. Total de ingreso bruto del hogar \$ _____</p> <p>C. Menos total de gastos médicos \$ _____</p> <p>D. Ingreso bruto ajustado (B menos C) \$ _____</p> <p>E. Responsabilidad Económica de la Familia \$ _____</p> <p style="text-align: center;"><small>Calcúlese con la Tabla de Responsabilidad Económica Familiar de ADHS (use los datos A y D)</small></p> |
|---|---|

Por la presente solicito ayuda económica para pagar los gastos de transportación o de atenciones en los centros de atenciones intermedios o intensivos del hospital, de conformidad con las directrices del Departamento de Servicios de Salud de Arizona (ADHS). Me dispongo a inscribir a mi infante en mi plan médico particular o en AHCCCS, si reuniera los requisitos, a los 30 (treinta) días de nacer mi infante, y comprendo que el no hacerlo resultará en que me nieguen ayuda económica del programa NICP. Ayudaré a todos los proveedores a conseguir pagos de terceros. Rellené la planilla y cuestionario socioeconómico de NICP y recibiré copia de éstos del hospital cuando firme al calce. Comprendo que la ayuda económica no se presta para hospitales o atenciones médicas de fuera del estado, ni para atenciones en hospitales que no tengan contrato con el programa. **Comprendo que, si mi ingreso del hogar cambiara en los 60 días siguientes a la fecha de nacimiento de mi infante, podré comunicarme con la persona entrevistadora del hospital para rellenar un cuestionario socioeconómico actualizado. Toda actualización deberá recibirse en ADHS en plazo de 90 días de nacer mi infante.**

 Firma de padre de familia /tutor(a)/ responsable

 Relación con paciente

 Fecha

 Firma de entrevistador(a) en el hospital

 Nombre de entrevistador(a) en letra de molde

 Fecha

Comentarios de entrevistador(a) _____