

**FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRA DE PRENTA**

**INFORMACIÓN DE LA FAMILIA**

1. Apellido de infante	2. Apellido de alias	3. Sufijo	4. Primer Nombre	5. 2ª inicial	6. Género M H desconocido	7. Fecha de nacimiento
8. Apellido de madre		9. Nombre de madre		10. 2ª inicial	11. Hospital actual	

Se constituyó en el Estado de Arizona el Programa Perinatal de Alto Riesgo / Programa de Cuidados Intensivos Neonatales (*High Risk Perinatal Program / Newborn Intensive Care Program; HRPP/NICP*) a fin de proporcionar un sistema de *transportación, atenciones hospitalarias y médicas, y seguimiento médico* para recién nacidos que nazcan en condiciones críticas y cuyos padres residan en Arizona. El programa también ayuda a las familias cuando haga falta para sobrellevar los costos catastróficos de los cuidados intensivos neonatales.

**SOLICITO EL NIVEL DE PARTICIPACIÓN SIGUIENTE:**

- PLENA O COMPLETA (con ayuda económica)** – Solicito participar en el Programa Perinatal de Alto Riesgo / Programa de Cuidados Intensivos Neonatales (HRPP/NICP), lo que incluye transportación, atenciones para internados en el hospital y enfermería comunal en el hogar. Solicito ayuda económica, si me hiciera falta, y comprendo que el programa HRPP/NICP es el pagador de última instancia. Me dispongo a presentar todos los comprobantes que haga falta de parte de mi bebé a fines de los cobros para los pagadores terceros, y que no me quedará con lo que recaude de reclamos a seguros con el fin de pagar los servicios que me proporcionen. **Me dispongo a inscribir a mi infante en mi plan médico particular o en AHCCCS (si mi bebé reuniera los requisitos) en los 30 días siguientes al nacimiento de mi bebé; y entiendo que no inscribirle pudiera resultar en que me negaran ayuda económica del programa HRPP/NICP. Me dispongo a rellenar las formas de Planilla y Cuestionario socioeconómico del programa HRPP/NICP y a cumplir con cualquier responsabilidad económica familiar que me asigne el programa.**
  
- PARCIAL (sin ayuda económica)** – Solicito participar en el Programa Perinatal de Alto Riesgo / Programa de Cuidados Intensivos Neonatales (HRPP/NICP), lo que incluye transportación, atenciones para internados en el hospital y enfermería comunal en el hogar; pero *no quiero* solicitar ni recibir ayuda económica. *Me haré responsable de todos los gastos de transportación, atenciones hospitalarias y médicas.* **Comprendo que pudiera solicitar que se cambiara mi nivel de participación en los 60 (sesenta) días siguientes al nacimiento de mi bebé.**
  
- PARCIAL / INSCRIPCIÓN TARDÍA (sin ayuda económica)** – Solicito participar en las atenciones de seguimiento que el Programa Perinatal de Alto Riesgo / Programa de Cuidados Intensivos Neonatales (HRPP/NICP), lo cual consta de enfermería comunal en el hogar y seguimiento del desarrollo. Resido en el Estado de Arizona y mi bebé reúne los requisitos para el programa HRPP/NICP.

- Motivo:**
- Padre o madre se negó a participar a principios
  - Hospital de inscripción jamás ofreció el programa
  - Hermano/a de infante
  - Unidad de cuidados intensivos neonatales en otro estado

**Autorizo que se divulgue al Departamento de Servicios de Salud de Arizona, y a los proveedores que éste contrate, toda información médica, social y económica que tenga cualquier institución o persona que hubiera proporcionado servicios neonatales a mi bebé y que haga falta para fines de gestión de calidad de proveedores.**

**En plazo de 30 días a partir de la fecha en la que mi bebé reúna los requisitos para el Programa de Cuidados Intensivos Neonatales (NICP), me dispongo a presentar a la persona encargada de enlace del programa con el hospital las formas de inscripción en el programa, la solicitud de participación, y la planilla con cuestionario socioeconómico (si hiciera falta). No cumplir con lo anterior pudiera resultar en que no reuniera los requisitos para ayuda económica.**

\_\_\_\_\_  
Firma de padre o madre, tutor(a) o responsable que solicite participación plena o parcial

\_\_\_\_\_  
Fecha

**DOY FE DE QUE EL O LA INFANTE REÚNE LOS REQUISITOS PARA INSCRIBIRSE EN EL PROGRAMA NICP.**

\_\_\_\_\_  
Firma de representante autorizado/a del hospital o de seguimiento médico

\_\_\_\_\_  
Fecha