

El Programa de alternativas  
comunitarias para niños  
(*Community Alternatives  
Program for Children,  
CAP/C*) de Carolina del  
Norte

Manual para padres



Octubre de 2010

# INTRODUCCIÓN

¡Bienvenido(a) al programa CAP/C!

Este manual tiene dos objetivos:

1. Responder sus preguntas acerca del programa CAP/C.
2. Brindarle la información y los recursos necesarios para ayudarlo a estar informado y a participar activamente en la atención de su hijo(a).

Este manual está dividido en seis secciones:

1. Información general acerca del programa CAP/C
2. Aprovechar al máximo los servicios del programa CAP/C
3. Otros recursos
4. Planes de atención
5. Información sobre emergencias
6. Formularios útiles

Todos los formularios de este libro pueden copiarse y descargarse de <http://www.dhhs.state.nc.us/dma/formsprov.html#capc>. Asimismo, su administrador de casos puede entregarle dichos formularios.

Si tiene más preguntas, comuníquese con su administrador de casos.

Esperamos asistirlo y apoyarlo en lo que respecta a la atención de su hijo(a) médicamente frágil.

## Sección uno

### Información general sobre el programa CAP/C

En esta sección, usted encontrará una lista de preguntas y respuestas sobre el programa CAP/C, que son específicamente las siguientes:

- La exención del programa CAP/C
- Los servicios que ofrece el programa CAP/C
- ¿Quiénes son elegibles para acceder al programa CAP/C?
- ¿Cómo presentar una solicitud para participar en el programa CAP/C?
- Planificar la atención de su hijo(a)
- ¿Qué sucede cuando está participando en el programa CAP/C?
- Retiro del programa CAP/C
- ¿Dónde encontrar más información acerca del programa CAP/C?

# I. La exención

## ¿QUÉ ES LA EXENCIÓN DEL PROGRAMA CAP/C?

El Programa de alternativas comunitarias para niños (CAP/C) es un programa de exención de Medicaid. Permite que los niños que necesitan el tipo de atención de enfermería a largo plazo que se brinda en un centro de enfermería o en un hospital puedan permanecer en sus hogares con sus familias en lugar de tener que quedarse en el centro de enfermería o en el hospital.

Un programa de exención es un programa en el que se produce una "exención" de ciertas reglas de Medicaid. En otras palabras, algunas reglas que son aplicables a los niños en un programa regular de Medicaid no se aplican a los niños en el programa de exención. En el programa CAP/C, un ejemplo de esto es que su familia no tiene que cumplir con los requisitos de ingresos regulares de Medicaid: solamente se tienen en cuenta los ingresos del niño (si tiene algún ingreso) al momento de determinar la elegibilidad para Medicaid. Otro ejemplo es que el programa CAP/C puede ofrecerle algunos servicios y suministros que los programas regulares de Medicaid no ofrecen.

A cambio de esta "exención" de reglas, el programa CAP/C debe proporcionar ciertas garantías a las autoridades estatales y federales que regulan a Medicaid. Las garantías más importantes para usted, en calidad de padre, son las garantías de salud, seguridad y bienestar, y la de rentabilidad. Las garantías de salud, seguridad y bienestar implican que el programa CAP/C debe estar capacitado para brindarle atención a su hijo(a) en su hogar de manera segura y eficaz. Si el programa CAP/C no puede satisfacer esta necesidad, entonces la participación en el programa CAP/C no estará disponible. La garantía de rentabilidad significa que el costo de brindarle atención a su hijo(a) en su hogar no puede ser superior al costo de la internación de su hijo(a) en un centro de enfermería o en un hospital. Por este motivo, cada servicio o suministro disponible en el programa CAP/C tiene un límite respecto del tiempo o del dinero que puede demandar dicho servicio.

La División de Asistencia Médica (Division of Medical Assistance, DMA) de Carolina del Norte es responsable de aprobar la participación de su hijo(a) en el programa CAP/C.

Puede encontrar el documento de exención del programa CAP/C en <http://www.dhhs.state.nc.us/dma/capc/CAPCwaiver.pdf>. Se le exige a Medicaid que

envíe este documento a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) (el gobierno federal) para su aprobación cada 5 años.

## II. Servicios que ofrece el programa CAP/C

### ¿QUÉ SERVICIOS OFRECE EL PROGRAMA CAP/C?

Se requiere que todos los beneficiarios del programa CAP/C reciban los dos servicios del programa CAP/C mencionados a continuación:

- Administración de casos
- Al menos uno de los servicios de la lista que aparece a continuación, utilizado al menos una vez cada tres meses.

Los servicios adicionales que el beneficiario puede elegir son los siguientes:

- Atención de enfermería en el hogar,
- Servicios de una asistente de enfermería pediátrica en el hogar
- Servicios de atención personal en el hogar
- Servicios de asistencia en el hogar
- Modificaciones en el hogar/financiamiento de transición comunitario (*Community Transition Funding*)
- Modificaciones vehiculares/financiamiento de transición comunitario
- Suministros disponibles conforme a la exención: pañales reutilizables para incontinencia, recubrimientos descartables y triciclos adaptados.
- Capacitación y educación de proveedores de atención
- Atención paliativa

Asimismo, un niño que recibe el servicio de administración de casos y, al menos, uno de los servicios mencionados anteriormente (a excepción de los servicios de asistencia) cada tres meses puede recibir los siguientes servicios:

- Atención de relevo institucional
- Atención de relevo brindada por enfermeras en el hogar
- Atención de relevo brindada por asistentes de enfermería en el hogar

Administración de casos: es el servicio que brinda una enfermera o una trabajadora social (el administrador de casos) con el fin de ayudarlo a supervisar y coordinar la atención médica de su hijo(a). También incluye servicios relacionados con las necesidades sociales y educativas, y otros servicios asociados a las necesidades médicas de su hijo(a).

Atención de enfermería en el hogar: estos servicios se brindan a aquellos niños que tienen necesidades de atención de enfermería especializada médicamente necesarias, continuas, complejas y sustanciales. *Necesidades continuas* significa que su hijo(a) necesita atención, al menos, cada dos horas durante el tiempo que la

enfermera permanece allí. *Necesidades complejas* significa que la enfermera no solo permanece allí en caso de que ocurra algo; existen tareas puntuales que debe realizar. *Necesidades sustanciales* significa que únicamente una enfermera puede brindar la atención; una asistente de enfermería no está capacitada para brindar dicha atención. La enfermera es una enfermera diplomada (RN) o enfermera practicante licenciada (LPN) y brinda atención directa a su hijo(a) en su hogar.

Servicios de una asistente de enfermería (Nurse Aide, NA) pediátrica en el hogar: es la asistencia para niños que necesitan ayuda para comer, bañarse, vestirse, ocuparse de su higiene personal, moverse y realizar actividades de la vida diaria debido a una afección médica. La ayuda que necesitan debe ser brindada por una asistente de enfermería NA I+ o NA II. Además de la capacitación de NA I+ o NA II, estas asistentes de enfermería han recibido capacitación adicional en pediatría y atención domiciliaria.

Servicios de atención personal en el hogar: es la asistencia para niños que necesitan ayuda para comer, bañarse, vestirse, ocuparse de su higiene personal, moverse y realizar actividades de la vida diaria debido a una afección médica. La ayuda que necesitan debe ser brindada por una enfermera NA I.

Servicios de asistencia: son los servicios que se brindan a aquellos niños que no cumplen los requisitos para recibir los servicios regulares del programa CAP/C que prestan enfermeras o asistentes de enfermería pero que, sin embargo, tienen una afección médica que requiere algún tipo de supervisión.

Modificaciones en el hogar: son cambios que se realizan para que su hijo(a) esté seguro y tenga movilidad e independencia en su hogar. Entre estas modificaciones, se incluyen rampas para sillas de rueda y ensanchamiento de puertas para que se pueda acceder al hogar con una silla de ruedas. Estos cambios no están disponibles a través de los programas regulares de Medicaid; solo están disponibles conforme a la exención.

Modificaciones vehiculares: son cambios que se realizan con el fin de transportar al niño en forma segura dentro de la comunidad. Entre estas modificaciones, se incluyen rampas y correas de amarre para sillas de ruedas. Estos cambios no están disponibles a través de los programas regulares de Medicaid; solo están disponibles conforme a la exención.

Financiamiento de transición comunitario: es lo mismo que las modificaciones en el hogar o las modificaciones vehiculares. La cantidad de dinero que usted puede recibir para las modificaciones en el hogar o vehiculares depende del tiempo que usted lleva en el ciclo de exención de cinco años. El financiamiento de transición comunitario permite que los niños que abandonan un centro de enfermería o un hospital y que tienen necesidad de modificaciones significativas, pero que no han

estado en el ciclo de exención durante un período suficiente, puedan acceder a ellas.

Suministros disponibles conforme a la exención: son otros objetos que se encuentran disponibles en virtud de la exención; no se encuentran disponibles a través de los programas regulares de Medicaid. Los suministros específicos disponibles conforme a la exención que provee el programa CAP/C son pañales reutilizables y recubrimientos descartables para el pañal, así como también triciclos adaptados.

Capacitación y educación de proveedores de atención: este servicio permite reembolsar a un padre o a otra persona no profesional que se ocupa de la atención del niño los costos en los que se incurra como consecuencia de asistir a un seminario, curso de capacitación o conferencia que ayudará a la persona a mejorar su capacidad de brindar atención.

Atención paliativa: ofrece asesoramiento, musicoterapia, arteterapia o asesoramiento emocional para los niños o los miembros de la familia.

Atención de relevo: es la atención directa que se brinda a su hijo(a) en su hogar o en una institución con el fin de que usted pueda tener tiempo libre fuera de sus responsabilidades de atención.

Los niños que participan en el programa CAP/C también tienen acceso a los servicios regulares de Medicaid, por ejemplo, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología y equipos médicos. Estos servicios regulares de Medicaid están sujetos a las reglas para dichos servicios. Por ejemplo, si un servicio requiere aprobación previa, debe seguirse el procedimiento normal para obtener la aprobación previa; el programa CAP/C no puede dar una aprobación previa de servicios que no estén incluidos en el programa CAP/C.

### **III. Elegibilidad**

#### **¿QUIÉNES PUEDEN ACCEDER AL PROGRAMA CAP/C?**

El programa CAP/C está abierto a aquellos individuos que

- tengan menos de 21 años
- vivan en una residencia privada (los niños que actualmente se encuentran en un centro de enfermería o en un hospital pueden presentar una solicitud para participar en el programa CAP/C si desean vivir en sus hogares)

- sean médicamente frágiles. Médicamente frágil significa que su hijo(a) tiene, principalmente, necesidades físicas de atención médica y no necesidades sociales ni relacionadas con la salud mental, el desarrollo o el comportamiento. Asimismo, la atención que brinda el personal en su hogar debe ser un resultado de dichas necesidades físicas de atención médica.
- se encuentren en riesgo de institucionalización. Esto significa que su hijo(a) necesita, al menos, el nivel de atención de enfermería que se brinda en un centro de enfermería. Este nivel de atención se denomina nivel de atención brindada en un centro de enfermería.
- sean elegibles para Medicaid conforme a los criterios de exención y necesiten Medicaid para poder pagar los servicios de atención domiciliaria.
- puedan recibir atención en forma segura en sus hogares.
- puedan recibir atención en sus hogares dentro de las limitaciones financieras del programa CAP/C.
- tengan familiares que deseen participar activamente en la atención y la planificación de la atención de sus hijos.

Entre los ejemplos de los niños que pueden ser elegibles para el programa CAP/C, se incluyen niños con respirador, traqueotomía, sondas gástricas, convulsiones graves, y aquellos niños que necesitan ayuda para realizar actividades, como bañarse, vestirse, ocuparse de su higiene personal e ir al baño cuando el niño, por motivos médicos, no puede realizar estas actividades de manera independiente o no puede aprenderlas.

### **¿QUÉ MÁS NECESITO SABER ACERCA DEL PROGRAMA CAP/C?**

- La finalidad del programa CAP/C es complementar, no reemplazar. Existen algunas actividades que usted realiza por su hijo(a) debido a sus necesidades médicas, y existen otras que realiza por su hijo(a) solamente porque es un niño. Solo se puede aprobar el programa CAP/C para ayudar con las actividades médicas; el programa CAP/C no puede hacerse cargo de las responsabilidades normales de los padres.
- Medicaid siempre se hace cargo de los costos como último recurso. Si usted tiene un seguro médico privado, éste DEBERÁ hacerse cargo de los costos en primer lugar. Si su seguro paga el costo total de la atención médica brindada por enfermeras o asistentes de enfermería en su hogar, no será elegible para el programa CAP/C.
- Los servicios aprobados deben ser médicamente necesarios, y no debe haber otro servicio disponible que sea igual de efectivo pero que implique un costo

menor. Por ejemplo, Medicaid no puede abonar los servicios de una enfermera cuando una asistente de enfermería puede brindar la atención.

- Usted tiene derecho a elegir entre el programa CAP/C y la institucionalización. Si usted elige el programa CAP/C, tiene derecho a elegir entre las agencias inscritas que prestan servicios de Medicaid y entre los individuos que forman parte de dichas agencias.
- El programa CAP/C no es un medio para obtener los servicios de Medicaid ni otras formas de asistencia financiera. El programa CAP/C está únicamente orientado a las familias que necesitan y desean obtener un servicio de exención con el fin de evitar que su hijo(a) deba permanecer en un centro de enfermería o en un hospital.
- El programa CAP/C solo puede aprobarse con el fin de satisfacer las necesidades específicas del niño que no se han cubierto. No puede aprobarse con el fin de satisfacer las necesidades de los padres, proveedores de atención ni agencias que prestan servicios. Por ejemplo, si desea que su hijo(a) reciba atención durante la noche debido a que usted trabaja en el turno noche, pero su hijo(a) no tiene necesidad de recibir atención durante la noche, el programa CAP/C no puede brindarle los servicios de una enfermera o de una asistente de enfermería durante la noche.

## **IV. CÓMO PRESENTAR UNA SOLICITUD PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA CAP/C**

### **¿CÓMO INICIO EL TRÁMITE DE SOLICITUD?**

El primer paso para iniciar el trámite de solicitud para participar en el programa CAP/C es completar el formulario de derivación. El formulario se encuentra en [http://www.dhhs.state.nc.us/dma/forms/CAPC\\_referral.doc](http://www.dhhs.state.nc.us/dma/forms/CAPC_referral.doc). Cualquier persona puede completar el formulario, pero es preferible que lo haga el administrador de casos. Puede encontrar la agencia de administración de casos de su condado en <http://www.dhhs.state.nc.us/dma/capc/capcagency.htm>. Una vez completado, el formulario de derivación se presenta ante la División de Asistencia Médica. Las instrucciones para presentar el formulario se encuentran en el mismo formulario.

### **SE APROBÓ LA DERIVACIÓN. ¿CUÁNDO COMENZARÁN LOS SERVICIOS?**

La derivación es tan solo un proceso de selección. NO implica la aprobación para la participación en el programa CAP/C. La aprobación de la derivación significa que la DMA considera que es posible que su hijo(a) sea elegible para el programa CAP/C y

autoriza al administrador de casos a recopilar toda la información necesaria para que la DMA tome una decisión respecto de la participación. Esta información incluye su solicitud para recibir los servicios de Medicaid, un formulario FL-2 y, en algunas ocasiones, un formulario de solicitud de un médico, una evaluación y un plan de atención.

### **SE DENEGÓ LA DERIVACIÓN. ¿QUÉ PUEDO HACER SI NO ESTOY DE ACUERDO CON LA DECISIÓN?**

La derivación es tan solo un proceso de selección. No implica que la participación en el programa CAP/C haya sido denegada. La denegación de la derivación significa que, sobre la base de la información suministrada a la DMA, esta no considera que el CAP/C sea el programa adecuado para su hijo(a). El administrador de casos no está autorizado para realizar la evaluación (recopilar el resto de los datos para completar la solicitud). Su carta de denegación indica el fundamento de la decisión e incluye una lista de programas que consideramos que pueden ser apropiados.

Sabemos, sin embargo, que la cantidad limitada de información que contiene el formulario de derivación puede no reflejar la situación de su hijo(a) de manera completa y precisa. Por lo tanto, usted puede solicitar que el administrador de casos lleve a cabo la evaluación de todos modos. Si usted realiza este pedido, debe estar al tanto de que, si se deniega nuevamente la participación de su hijo(a) en el programa CAP/C, su administrador de casos puede cobrarle una suma de dinero por las actividades relacionadas con dicha evaluación. La posibilidad de que la agencia de administración de casos cobre una suma de dinero por dichas actividades y la cantidad de dinero que puede cobrar depende de cada agencia. Por lo tanto, debe asegurarse de consultar esto con anticipación, antes de que su administrador de casos comience a realizar las actividades.

### **¿POR QUÉ DEBO PRESENTAR UNA SOLICITUD PARA PARTICIPAR EN MEDICAID? CREÍA QUE MIS INGRESOS NO SE TENÍAN EN CUENTA.**

Sus ingresos no se tienen en cuenta. No obstante, si su hijo(a) tiene ingresos (indemnización por fallecimiento abonada por el seguro social, un fondo fiduciario, etc.), dichos ingresos pueden tenerse en cuenta. Asimismo, existen requisitos no financieros para recibir los servicios de Medicaid (por ejemplo, la condición de ciudadano). Su hijo(a) debe ser elegible para recibir los servicios de Medicaid (conforme a las reglas de exención para la elegibilidad) a fin de que se apruebe su participación en el programa CAP/C.

Al presentar una solicitud para recibir los servicios de Medicaid, deberá responder preguntas acerca de sus ingresos y recursos. El Departamento de Servicios Sociales debe considerar todas las posibilidades para que su hijo(a) sea elegible para recibir los servicios de Medicaid. En algunas ocasiones, esto es una ventaja para usted, ya que puede permitirle a su hijo(a) que participe en el programa regular de Medicaid antes de que se apruebe su participación en el programa CAP/C.

### **YA TENGO MEDICAID. ¿POR QUÉ AÚN DEBO PRESENTAR UNA SOLICITUD?**

Existen diferentes tipos de Medicaid. Para recibir la aprobación del programa CAP/C, debe ser elegible para uno de los siguientes cuatro tipos:

Medicaid para discapacitados (*Medicaid to the Disabled, MAD*)

Medicaid para invidentes (*Medicaid to the Blind, MAB*)

Medicaid para niños que reciben asistencia de adopción (*adoption assistance, I-AS*)

Medicaid para niños que reciben asistencia de cuidado de crianza (*foster care, H-SF*)

Por lo tanto, si usted no tiene alguno de estos cuatro tipos de Medicaid, necesitará presentar una solicitud para uno de estos cuatro tipos. Incluso si su Medicaid es uno de estos tipos, el Departamento de Servicios Sociales necesita asegurarse de que usted complete una solicitud para participar en el programa CAP/C.

### **¿QUÉ ES UN FORMULARIO FL-2?**

El formulario FL-2 es un formulario que utilizan los centros de enfermería para determinar que una persona está lo suficientemente enferma o discapacitada para requerir el tipo de atención que brinda un centro de enfermería. Debido a que el programa CAP/C es una alternativa a la internación en un centro de enfermería, el formulario FL-2 se usa en el programa CAP/C para verificar si el niño es, en verdad, elegible para recibir atención institucional y si se solicita el programa CAP/C como una alternativa a ese tipo de atención.

Su médico completará el formulario y lo enviará para su aprobación a la unidad de aprobación previa de Medicaid (denominada HP). Luego, usted, junto con su administrador de casos, podrá desarrollar un plan de atención para su hijo(a).

EL formulario FL-2 también es importante porque es el único registro escrito que tenemos de un médico en relación con la atención de su hijo(a). El aporte del médico

es importante para asegurar que se puedan satisfacer las necesidades de un niño médicamente frágil en su hogar de manera segura.

### **¿EN QUÉ CONSISTE LA VISITA DOMICILIARIA?**

Durante la visita domiciliaria, su administrador de casos evaluará las necesidades de su hijo(a) y de su familia, y lo ayudará a desarrollar un plan de atención, que incluirá servicios del programa CAP/C y otros servicios para satisfacer sus necesidades. Su administrador de casos hablará con usted acerca las necesidades físicas y de salud mental de su hijo(a) y de lo que su familia tiene y necesita con el fin de satisfacer las necesidades de su hijo(a). El administrador de casos responderá cualquier pregunta que usted tenga acerca del programa CAP/C o de la atención de su hijo(a).

### **¿CUÁNDO SABRÉ SI SE APROBÓ O NO LA PARTICIPACIÓN DE MI HIJO(A)?**

Una vez que la DMA reciba la solicitud completa, usted recibirá una notificación en el plazo de 15 días hábiles a partir de la fecha en que se tomó la decisión (a menudo esto ocurre antes). En ciertas ocasiones, la DMA necesita más información de la que se presentó, y la solicitud puede demorar, como máximo, otros 15 días hábiles a partir de la presentación de dicha información.

### **¿QUÉ SUCEDE SI NO RECIBO LA APROBACIÓN?**

Si no se aprueba la participación en el programa CAP/C, usted recibirá una carta que explique los motivos de la denegación y el procedimiento para cuestionar la decisión en caso de que usted no esté de acuerdo.

### **¿PUEDO PRESENTAR UNA SOLICITUD PARA EL PROGRAMA CAP/C MIENTRAS ESTOY EN LISTA DE ESPERA PARA EL PROGRAMA ALTERNATIVO COMUNITARIO PARA PERSONAS CON RETRASO MENTAL/DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO (CAP-MR/DD)?**

Sí, puede presentar la solicitud. No obstante, para recibir la aprobación, su hijo(a) debe cumplir con los criterios del programa CAP/C. No podemos aprobar los servicios del programa CAP/C si el niño no es elegible para el programa CAP/C con el único fin de que se beneficie de algún servicio mientras espera. Una vez que su hijo(a) recibió la aprobación para el programa CAP-MR/DD, usted deberá elegir uno de los dos programas. No podrá ser beneficiario de 2 programas de exención al mismo tiempo.

Si su hijo(a) ya tiene Medicaid, usted podrá presentar una solicitud para recibir los servicios de atención personal de Medicaid (PCS) o del programa CAP/C. En la Sección 3 de este manual, usted podrá encontrar más información acerca de los servicios de atención personal.

## **V. Planificar la atención de su hijo(a)**

### **¿POR QUÉ NO PUEDO OBTENER LOS MISMOS SERVICIOS QUE RECIBÍA EN OTRO ESTADO?**

Cada estado diseña y administra sus propios programas de exención. Si bien los objetivos de los programas pueden ser similares, es posible que los servicios ofrecidos, y las políticas y disposiciones sean diferentes.

### **¿PUEDO OBTENER AYUDA SIMPLEMENTE PAGANDO LOS TRATAMIENTOS O SUMINISTROS?**

Los tratamientos y los suministros son servicios regulares de Medicaid, pero los servicios del programa CAP/C no lo son. El programa CAP/C no tiene facultades para aprobar, rechazar ni reembolsarle estos servicios. No puede aprobarse el programa CAP/C con el fin de que su hijo(a) tenga acceso a los servicios regulares de Medicaid. Si necesita ayuda con estos servicios, pero no desea el servicio de exención o no califica para obtenerlo, es posible que el administrador de casos le recomiende una alternativa.

### **¿CUÁLES SON LOS FACTORES QUE DETERMINAN SI MI HIJO(A) NECESITA UNA ENFERMERA O UNA ASISTENTE DE ENFERMERÍA?**

El tipo de atención que su hijo(a) necesita determina el nivel del personal que el programa CAP/C puede brindar. Por ejemplo, si su hijo(a) necesita ayuda para realizar actividades, como bañarse y movilizarse, el programa CAP/C aprobará los servicios de una asistente de enfermería (asistente de enfermería I). En caso de que su hijo(a) necesite cuidados más complejos, como cuidados relacionados con una traqueotomía y aspiración, el programa CAP/C aprobará los servicios de una enfermera (enfermera practicante licenciada [LPN] o enfermera diplomada [RN]). Medicaid únicamente puede autorizar el nivel más bajo de personal que pueda satisfacer las necesidades de su hijo(a). Medicaid no puede autorizar una solicitud de servicios para una enfermera si una asistente de enfermería puede satisfacer las necesidades del niño. Para obtener información sobre qué tareas corresponden al desempeño profesional de una enfermera o asistente de enfermería, visite el

sitio web de la Junta de enfermería de Carolina del Norte (NC Board of Nursing) en [www.ncbon.org](http://www.ncbon.org).

### **¿PUEDO SER YO EL/LA ENFERMERO(A) O EL/LA ASISTENTE DE ENFERMERÍA DEL PROGRAMA CAP/C PARA MI HIJO(A)?**

No. El programa CAP/C no puede asumir las responsabilidades normales de los padres, y los padres no suelen obtener un pago por atender a sus hijos. El programa CAP/C les prohíbe a los padres, hermanos, abuelos y a la mayoría de los demás familiares ser proveedores de atención pagados.

### **¿DEBO CONTAR CON UN ADMINISTRADOR DE CASOS?**

Sí, los administradores de casos son un componente necesario de la participación en el CAP/C. Su administrador de casos es su vínculo con la División de Asistencia Médica y se asegura de que su hijo(a) reciba todos los servicios que necesita según las políticas y disposiciones del programa CAP/C. Su administrador de casos puede supervisar todos los servicios de salud que recibe su hijo(a) y puede ayudar a su hijo(a) y a su familia a conocer recursos fuera del programa CAP/C. Se espera que los proveedores de atención trabajen en colaboración con sus administradores de casos. Para obtener más información sobre el rol de su administrador de casos y sobre cómo trabajar eficazmente con él, vea la Sección 2.

### **¿MI HIJO(A) PODRÁ RECIBIR ATENCIÓN POR PARTE DE UNA ENFERMERA O ASISTENTE DE ENFERMERÍA LAS 24 HORAS DEL DÍA?**

El programa CAP/C no brindará atención durante las 24 horas todos los días en forma continua. El programa CAP/C tiene como objetivo "complementar, no reemplazar", lo cual significa que los padres deben asumir la responsabilidad de cuidar a sus hijos, al menos, parte del día. El programa CAP/C no puede asumir las responsabilidades normales de los padres. Tanto usted como su familia deben estar capacitados para brindar atención al niño en forma diaria y en caso de una emergencia, como cuando la enfermera no puede cumplir con el horario de trabajo programado, y deben estar dispuestos a hacerlo.

En circunstancias especiales, es posible que se aprueben servicios de atención las 24 horas durante períodos limitados, por ejemplo cuando el niño regresa a su hogar por primera vez con una traqueotomía o respirador (para que las enfermeras de la agencia puedan enseñarle cómo brindarle cuidados a su hijo(a)) o en casos de atención de relevo.

## **¿CUÁL ES EL NIVEL DE ATENCIÓN HOSPITALARIA? ¿QUÉ FACTORES DETERMINAN EL NIVEL DE ATENCIÓN DE MI HIJO(A)?**

El nivel de atención hospitalaria es un subgrupo del nivel de atención brindado en un centro de enfermería. La DMA decide si su hijo(a) califica para el nivel de atención hospitalaria. La mayoría de los niños inscritos en el programa CAP/C que necesitan un nivel de atención hospitalaria necesitan equipos de alta tecnología, como respiradores, o son de algún modo inestables. Desde la perspectiva del niño y la familia; no hay diferencia entre el nivel de atención brindado en un centro de enfermería y el nivel de atención hospitalaria; ambos niveles pueden brindar los mismos servicios y la misma frecuencia de servicios. Esta distinción se hace únicamente a los fines de los informes que el estado envía al gobierno federal.

## **¿CÓMO SE DETERMINA LA CANTIDAD DE HORAS BRINDADAS POR UNA ENFERMERA O ASISTENTE DE ENFERMERÍA, O LA CANTIDAD DE HORAS DE ASISTENCIA QUE RECIBE MI HIJO(A)?**

La cantidad de horas de atención aprobadas para su hijo(a) se basa en las necesidades de atención, la disponibilidad de los proveedores de atención informales (proveedores de atención sin pago, como padres, parientes y vecinos) y el nivel de atención aprobado para el niño. Específicamente, se basa en la siguiente fórmula: tiempo personal + tiempo laboral + horas de sueño - horas en que se dispone de otros proveedores de atención = la cantidad de horas que su hijo(a) puede recibir.

El tiempo personal se refiere a una cantidad mínima de horas para la cual cada niño inscrito en el programa CAP/C es elegible. Este es el tiempo destinado a que los proveedores de atención se ocupen de sus propias necesidades, mandados, etc. Pueden aprobarse 20 horas por semana, como máximo, de tiempo personal.

El tiempo laboral se refiere a las horas en que el proveedor de atención se ausenta del hogar por razones laborales o académicas. Se incluyen las horas reales de trabajo, viaje y horario de almuerzo. Pueden aprobarse 50 horas semanales, como máximo, de tiempo laboral. Deberá brindar una constancia de empleo y de su horario laboral.

Las horas nocturnas, en general, están solo disponibles para los niños que necesitan atención por parte de una RN o LPN. Pueden aprobarse 56 horas semanales, como máximo, de horas nocturnas.

Ningún niño recibirá más de 126 horas semanales.

Las horas aprobadas incluyen el apoyo formal (escuela, guardería, atención en el hogar cubierta por un seguro privado). Eso significa que, si se aprueban 126 horas

por semana y su hijo(a) está en la escuela siete horas al día (35 horas semanales), las 126 horas incluyen las 35 horas que su hijo(a) permanece en la escuela y 91 horas de atención en el hogar, independientemente de si el programa CAP/C participa en las horas escolares del niño. Si le aprueban 70 horas a la semana y su seguro privado cubre 40 horas por semana, su hijo(a) obtendrá 70 horas por semana; el seguro privado pagará 40 horas, y el programa CAP/C pagará las 30 horas restantes.

Las horas se aprueban en función de las necesidades de atención de su hijo(a) durante el tiempo en que se solicitan las horas. Por ejemplo, si su hijo(a) necesita alimentarse mediante sonda, necesita ayuda con su cuidado personal y actividades terapéuticas durante el día, pero mientras duerme no requiere atención especial, el programa CAP/C no aprobará horas nocturnas, incluso si usted trabaja durante la noche.

Usted puede usar las horas semanales a discreción, siempre que exista una necesidad de atención de índole médica (no adecuada según la edad) durante las horas que necesita a la enfermera o a la asistente de enfermería. Sin embargo, si usa todas las horas correspondientes a una semana, ya no podrá disponer de ellas. No recibirá más horas hasta la próxima semana. Si se queda sin horas y aún necesita horas de atención, puede usar su tiempo de relevo o hacer arreglos alternativos. Usted tiene la responsabilidad de planificar las horas para asegurarse de que su hijo(a) no se quede sin la atención que necesita. Si, en forma constante, utiliza las horas imprudentemente, es posible que a) se le aplique un cronograma diario y no semanal, y que deba llamar a su administrador de casos para aprobar cualquier cambio en el cronograma, b) se lo remita a los Servicios de Protección Infantil en caso de que se ponga en peligro al niño a causa de la falta de atención, y/o c) finalice el programa CAP/C porque no podemos asegurar la salud, seguridad y bienestar de su hijo(a).

### **¿CÓMO FUNCIONA EL PRESUPUESTO DEL PROGRAMA CAP/C?**

A fin de poder ofrecer el programa CAP/C como una alternativa a la institucionalización, debemos asegurarnos de que nuestros servicios sean menos costosos que la institucionalización. Por ello, todos los servicios y suministros del programa CAP/C tienen un límite.

Este límite no es un derecho. En otras palabras, si su hijo(a) es elegible para recibir \$10.000 para modificaciones en el hogar, usted no puede comprar todo lo que quiera hasta gastar los \$10.000. Esto significa que usted puede obtener lo que sea

médicamente necesario para su hijo(a), y el costo total de estas modificaciones médicamente necesarias debe ser \$10.000 o menos. Si el costo de las modificaciones es superior a los \$10.000, usted y su administrador de casos deberán buscar otras fuentes de financiamiento.

### **¿QUÉ DEBE BRINDAR/PAGAR LA ESCUELA?**

El sistema de escuelas públicas deberá pagar todos los servicios que se brinden como parte del Programa Educativo Individualizado (IEP) de su hijo(a). Por ejemplo, si según el IEP de su hijo(a), es necesario que una enfermera acompañe al niño a la escuela, la escuela deberá pagarle a esta enfermera.

En determinadas circunstancias muy específicas, el programa CAP/C puede pagar los servicios de la enfermera personal o asistente de enfermería personal que el niño recibe en la escuela pública. Su administrador de casos y/o su equipo del IEP podrán brindarle información. El administrador de casos necesitará determinada documentación por parte de la escuela para verificar que se ha cumplido el criterio para aprobar el pago por parte del programa CAP/C.

Tenga en cuenta que esto se aplica al sistema de escuelas públicas de Carolina del Norte. Es posible que la información incluida anteriormente no se aplique si el niño asiste a una escuela o guardería privadas.

### **¿CÓMO FUNCIONA EL PROGRAMA CAP/C CON MI SEGURO PRIVADO?**

Medicaid es siempre responsable de los costos como último recurso. Primero, se facturará a su seguro privado y luego Medicaid pagará el saldo según el límite de Medicaid. Esto incluye los servicios y suministros que su seguro privado no paga debido al deducible o al copago.

Medicaid no tiene como objetivo reemplazar su seguro privado ni ninguna otra fuente de financiamiento. No debe dar de baja su seguro privado una vez que se inscribe en el programa CAP/C. De hecho, su seguro privado será muy útil, dado que los pagos realizados por el seguro privado no se tienen en cuenta para sus límites de gasto (se tienen en cuenta para los límites de horas).

### **¿DÓNDE PUEDEN PRESTARSE LOS SERVICIOS?**

Los servicios del programa CAP/C pueden prestarse:

- En su hogar
- En el hogar de otra persona, si el administrador de casos lo ha evaluado
- En la escuela
- En una escuela de nivel preescolar o guardería con una licencia de, al menos, una estrella

- En una escuela de nivel preescolar o guardería dependientes de la iglesia con una carta de cumplimiento

Los servicios NO pueden brindarse en el hogar de un proveedor de atención contratado. Por ejemplo, la enfermera debe cuidar a su hijo(a) en su hogar; usted no puede llevar a su hijo(a) al hogar de la enfermera. Asimismo, no se puede contratar a una persona que vive en su hogar como proveedor de atención, incluso si la persona no es un miembro de la familia.

### **¿LA ENFERMERA/ASISTENTE DE ENFERMERÍA PUEDE ACOMPAÑAR A NUESTRO HIJO(A) A ACTIVIDADES EXTRACURRICULARES O RECREATIVAS?**

Esto se permite si se tienen en cuenta los siguientes factores:

- La enfermera/asistente de enfermería NO puede transportar al niño hasta el lugar donde se realiza la actividad ni de regreso a su hogar.
- Debe ser necesario que se brinde atención médica al niño durante la actividad.
- El ambiente en el que se lleva a cabo la actividad debe ser seguro, por ejemplo, condiciones de salubridad adecuadas y acceso telefónico al 911.
- Debe ser necesario que la enfermera o asistente de enfermería estén presentes para que se pueda brindar la atención. Por ejemplo, no se aprobaría a una enfermera para que acompañe a los padres y al hijo(a) a un restaurante cuando ambos padres están disponibles para brindar la atención necesaria.
- La actividad recreativa no debe reemplazar la atención programada regularmente. Por ejemplo, si usted recibe los servicios de una asistente de enfermería para ayudar a su hijo(a) a bañarse, vestirse y brindarle atención personal, el asistente de enfermería no podrá acompañar a su hijo(a) a una actividad recreativa en la que no se lleven a cabo dichas tareas. La asistente de enfermería puede realizar esas tareas y luego acompañar al niño durante el tiempo restante.

### **¿QUÉ ES LO QUE LA ENFERMERA O ASISTENTE DE ENFERMERÍA NO PUEDE HACER?**

1. La enfermera o asistente de enfermería no puede llevarlos a usted ni a su hijo(a) en un vehículo a ningún lugar. En algunos casos, la enfermera o asistente de enfermería puede acompañarlos a usted y a su hijo(a) mientras usted conduce o usa otro medio de transporte, pero la enfermera o asistente de enfermería no puede

conducir. Solo están allí para brindar la atención médica que su hijo(a) necesita, lo cual no pueden hacer mientras conducen.

2. La enfermera o asistente de enfermería no puede brindar atención a otros miembros de la familia. Si su hijo(a) tiene hermanos, ellos quedan a su cargo, incluso cuando la enfermera o asistente de enfermería esté en su hogar. Si usted debe abandonar su hogar mientras la enfermera o asistente de enfermería está allí, debe llevar a sus otros hijos con usted o contratar a una niñera por separado.

3. La enfermera o asistente de enfermería no puede realizar las actividades domésticas de la familia. La función de la enfermera o asistente de enfermería es satisfacer las necesidades médicas de su hijo(a). Una vez que ha cumplido con su función, puede resultar adecuado que la enfermera o asistente de enfermería realice tareas relacionadas con el paciente, como limpiar el lugar donde le brindó atención al paciente, lavar la vajilla que usó para hacerle la comida al paciente, cambiar las sábanas del paciente o lavar la ropa del paciente, siempre que dichas tareas estén contempladas en el plan de atención del paciente. Sin embargo, no puede limpiar otros sectores del hogar, lavar la vajilla de la familia, cambiar las sábanas de todas las camas ni lavar ropa que no sea del paciente.

4. La asistente de enfermería no puede tomar decisiones respecto de la atención del paciente. Cualquier tarea que requiera un criterio personal, como la administración de medicamentos en casos de necesidad o la administración de oxígeno, estas actividades deben ser realizadas por una enfermera practicante licenciada (LPN) o enfermera diplomada (RN).

## **VI. AHORA QUE ESTÁ APROBADO**

### **¿CUÁL ES LA DIFERENCIA ENTRE SERVICIOS DE RELEVO Y SERVICIOS INTENSIVOS A CORTO PLAZO?**

Tanto los servicios de relevo como los servicios intensivos a corto plazo son horas "adicionales", pero tienen distintos fines. Las horas de relevo están previstas para que los proveedores de atención tengan tiempo libre y descansen de las responsabilidades de su trabajo. El tiempo de relevo sirve, por ejemplo, para ir al cine, asistir al partido de fútbol de un hermano o hacer un viaje de fin de semana. Hay un límite a la cantidad de horas de relevo que pueden utilizarse por año. Las horas de servicio intensivo a corto plazo se emplean cuando se necesitan horas

adicionales para actividades no relacionadas con el ocio. Por ejemplo, las horas de servicio intensivo a corto plazo se usan cuando el niño requiere cuidados adicionales temporarios debido a una enfermedad aguda, o la enfermedad del proveedor de atención o la ausencia del proveedor de atención debido a obligaciones laborales o emergencias familiares. No hay límite para la cantidad de servicios intensivos a corto plazo que se pueden prestar, pero cada caso debe ser autorizado por la DMA.

### **¿CUÁNTO TIEMPO DE RELEVO PUEDO TENER?**

El tiempo de relevo máximo que puede tener dependerá de la cantidad de horas semanales de servicios programados regularmente que fueron autorizadas para usted. A menor cantidad de horas semanales de atención, puede tener mayor tiempo de relevo.

HORAS PROGRAMADAS POR SEMANA	HORAS DE RELEVO POR AÑO (1 de julio al 30 de junio)
30 o menos	720
31-60	540
61-90	360
91-126	180

Las horas de relevo en el hogar se cuentan como tiempo que excede lo que se brinda habitualmente. Por ejemplo, si necesita 110 horas una semana y su hijo(a) normalmente recibe 100 horas, sólo está usando 10 horas de cuidado de relevo. El relevo dentro de una institución se cuenta como 24 horas por cada día transcurrido en la institución.

Recuerde, no se pueden prestar servicios de relevo a los beneficiarios de atención médica a través de un asistente (*attendant care*) y no puede ser el único servicio de exención que se brinda aparte de la administración del caso.

### **SI NO PUEDO USAR ALGUNA DE MIS HORAS PROGRAMADAS, ¿PUEDO USARLAS EN OTRO MOMENTO?**

Así como su presupuesto para el programa CAP/C no se considera un derecho, sus horas del programa CAP/C tampoco lo son. Usted puede modificar sus horas dentro de la semana, pero dichas horas siguen planificándose de acuerdo a las necesidades médicas de su hijo(a) y su disponibilidad para proporcionar cuidados. Por ejemplo: Si trabaja a tiempo parcial los lunes, miércoles y viernes. Usted cuida a su hijo(a) los días que no trabaja, por lo tanto su calendario del programa CAP/C también es lunes, miércoles y viernes. La enfermera que supuestamente iba a venir el lunes llama para avisar que está enferma, y usted debe quedarse en casa y faltar al trabajo para cuidar a su hijo(a). Usted no puede pedir que la enfermera venga el martes simplemente porque faltó el lunes. No hay ninguna razón para que ella esté

allí; ese día usted está disponible para cuidar a su hijo(a). No obstante, si usted fuera a trabajar el martes para compensar el día perdido el lunes, entonces sí podría utilizar sus horas el martes.

Sus horas deben usarse la misma semana; no se transfieren a la semana siguiente.

Las horas de relevo deben reprogramarse siempre.

### **¿QUÉ ES LA EPSDT?**

La ley de examen, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (Early Periodic Screening, Diagnosis and Treatment, EPSDT) es la ley federal que obliga a Medicaid a proporcionar los servicios de salud necesarios desde el punto de vista médico a todos los niños aptos para recibir Medicaid hasta los 20 años de edad, incluso si los servicios no están habitualmente cubiertos por Medicaid, o si los servicios sólo están cubiertos habitualmente para beneficiarios mayores de 21 años.

Por ejemplo, si su hijo(a) necesita un equipo que Medicaid habitualmente no paga, posiblemente consiga que lo pague mediante la EPSDT, siempre que sea necesario desde el punto de vista médico.

### **MI MÉDICO SOLICITÓ ALGO. ¿POR QUÉ EL PROGRAMA CAP/C NO LO SUMINISTRA?**

Al igual que una compañía de seguros, hay servicios y suministros que están cubiertos o que no lo están y hay límites respecto a lo que está cubierto. Su administrador de casos trabajará con usted y con el médico de su hijo(a) para encontrar la mejor forma de satisfacer las necesidades de su hijo(a).

### **CONOZCO A UN NIÑO QUE RECIBE ALGO QUE MI HIJO(A) NO RECIBE. ¿POR QUÉ?**

Hay varios programas "CAP" en nuestro estado que ofrecen diversos tipos y niveles de servicio.

Siempre que quiera solicitar un servicio o suministro en particular, diríjase a su administrador de casos. Si bien la DMA trata de ser lo más coherente y objetiva posible, también nos damos cuenta de que cada familia tiene necesidades únicas. Nos esforzamos por satisfacer las necesidades del niño y la familia y simultáneamente tratamos de ser justos con todas las otras familias del estado. Necesitamos asegurarnos de que dirigimos el programa eficazmente en general, para que siga a disposición de las personas durante mucho tiempo más.

## **¿POR QUÉ NO SE ESTÁ GASTANDO EL DINERO QUE MI HIJO(A) TIENE DISPONIBLE?**

Los límites del programa CAP/C son sólo eso; LÍMITES, no DERECHOS. Los artículos del plan de cuidados están allí porque su hijo(a) los necesita. Su hijo(a) no puede recibir más de lo que necesita simplemente porque hay más dinero para gastar. La continuidad de los servicios del programa CAP/C NO está en riesgo si usted no usa el presupuesto íntegro. La continuidad de los servicios del programa CAP/C SÍ está en riesgo si usted los usa para suministrar cuidados o equipos innecesarios. El administrador de su caso, en conjunto con usted y con el médico de su hijo(a), puede ayudarlo a determinar cuáles son las NECESIDADES médicas de su hijo(a).

## **¿QUÉ OCURRE SI NO ESTAMOS DE ACUERDO CON UNA DECISIÓN ACERCA DE LA ATENCIÓN MÉDICA DE NUESTRO HIJO(A)?**

Cada vez que la DMA toma la decisión de brindarle menos servicios o suministros de los que usted solicitó (por ejemplo, se dan de baja servicios del programa CAP/C, se reducen horas o se rechaza una solicitud para servicios adicionales), usted tiene derecho a apelar la decisión. Recibirá una carta explicando la decisión que se tomó, la razón de dicha decisión, nuestras recomendaciones de servicios o suministros alternativos y otros detalles sobre sus derechos de apelación y cómo solicitar la apelación si está en desacuerdo.

## **¿PODEMOS CAMBIAR DE AGENCIA DE CONTRATACIONES O DE PROVEEDOR DE EQUIPOS?**

Absolutamente. Tiene la libertad de elegir entre todas las agencias proveedoras inscritas en Medicaid. También puede elegir entre individuos dentro de esa agencia. Por ejemplo, si no está conforme con su enfermera, puede solicitar otra. Y si la agencia no tiene otra enfermera disponible, puede elegir otra agencia.

## **¿PUEDO TENER UN EQUIPO ADICIONAL PARA CUANDO MI HIJO(A) ESTÉ CON SU PADRE/MADRE O EN LA ESCUELA?**

No, Medicaid no aprobará la duplicación de equipos. El equipo está aprobado únicamente para uso en el hogar; no será aprobado para uso primario en la escuela. Si el equipo va a ser usado fuera del hogar, debe ser transportado hasta la ubicación alternativa.

## **¿POR QUÉ MI ENFERMERA/ASISTENTE DE ENFERMERÍA NO PUEDE IR A BUSCAR A MI HIJO(A) A LA ESCUELA?**

El programa CAP/C prohíbe al personal el traslado de beneficiarios. Los niños que reciben servicios del programa CAP/C son frágiles desde el punto de vista médico. La enfermera o asistente de enfermería está ahí para brindar atención médica al niño; no puede hacer eso mientras conduce un auto. En algunos casos, su enfermera o asistente de enfermería puede acompañar a usted y su hijo(a) en el auto, o si la escuela lo permite, su enfermera puede acompañar al niño en el autobús.

### **¿POR QUÉ MI ENFERMERA/ASISTENTE DE ENFERMERÍA NO PUEDE LLEVAR AL NIÑO AL MÉDICO O A TERAPIA?**

Hay varios motivos para esto. Primero y principal, usted es el padre o madre, usted conoce mejor que nadie las necesidades de su hijo(a) y su familia y es importante que usted asista a las consultas para que comprenda y participe plenamente en la salud de su hijo(a). En segundo lugar, como ya se mencionó, el personal no está autorizado a transportar beneficiarios. Por último, Medicaid no pagará los servicios de cuidado domiciliario de su enfermera o asistente de enfermería mientras estén en una institución médica; se considera duplicación de servicios porque hay profesionales médicos capacitados presentes y porque usted como el proveedor de atención también está allí para brindar atención.

### **¿QUÉ OCURRE SI MI HIJO(A) ES HOSPITALIZADO(A)?**

Por favor, notifique inmediatamente a su administrador de casos si su hijo(a) es hospitalizado. Los servicios del programa CAP/C, con excepción de la administración de casos, se suspenderán durante la hospitalización de su hijo(a) y se reiniciarán tan pronto como su hijo(a) regrese al hogar.

En algunos casos, una hospitalización prolongada (de más de 30 días) puede afectar la aptitud de su hijo(a) para recibir Medicaid. Su administrador de casos coordinará con el encargado de determinar la aptitud para Medicaid en su condado. Si el encargado de determinar la aptitud dice que se deben interrumpir los servicios del programa CAP/C debido a la hospitalización, puede estar seguro de que su administrador de casos y la DMA reiniciarán los servicios del programa CAP/C apenas su hijo(a) sea dado de alta.

### **¿QUÉ OCURRE SI MI HIJO(A) SALE DEL ESTADO POR VACACIONES O POR UN TRATAMIENTO O POR ARREGLOS RELACIONADOS CON SU CUSTODIA?**

Por favor notifique a su administrador de casos cada vez que su hijo(a) vaya a ausentarse del condado. Sus servicios del programa CAP/C serán suspendidos hasta su regreso. El encargado de determinar la aptitud para Medicaid en su condado

deberá ser notificado cuando la ausencia sea prolongada (más de 30 días). En la mayoría de los casos, tales ausencias no requieren la finalización de los servicios del programa CAP/C y dichos servicios se reiniciarán tan pronto como regrese al hogar.

### **¿PUEDE NUESTRA ENFERMERA O ASISTENTE DE ENFERMERÍA VENIR DE VACACIONES CON NOSOTROS PARA CUIDAR A MI HIJO(A)?**

Este pedido debe analizarse caso por caso. Hay que tener en cuenta varios factores.

- Cuestiones de licencia. La enfermera/asistente de enfermería puede no tener licencia para trabajar en el estado al que viajan.
- La agencia de la enfermera/asistente de enfermería tiene normas en relación a la supervisión, y la agencia debe ser capaz de cumplir esas normas durante sus vacaciones.
- Supervisión y coordinación de cuidados. Según la duración y el destino de sus vacaciones, tal vez no sea posible para su administrador de casos supervisar y coordinar de manera segura los servicios que usted recibe.
- La atención médica debe prestarse en un lugar que cumpla ciertos requisitos de salud y seguridad, y su administrador de casos debe ser capaz de evaluar o estar razonablemente seguro de que el entorno cumple estos requisitos.
- Si sus vacaciones son fuera del estado, la enfermera/asistente de enfermería, debe estar empleada por una agencia que sea proveedora de Medicaid en Carolina del Norte (para recibir su paga). Por ejemplo, si se va de vacaciones a Florida, la enfermera que normalmente cuida a su hijo(a) podría ir con ustedes a Florida. No obstante, si su agencia tuviera una sucursal en Florida, ellos no podrían usar esa sucursal para prestarle servicios mientras usted está allí.

Si recibe servicios de enfermería/asistente de enfermería durante sus vacaciones, será únicamente por la cantidad de horas que recibiría normalmente en su hogar. No se puede pagar a la enfermera/asistente de enfermería por las 24 horas del día ni por más horas de las que usted estaría autorizado a recibir normalmente. Si quiere usar sus servicios de relevo para complementar sus horas, puede hacerlo. Un solo miembro del personal no debería prestar más de 12 horas de servicio por día o 60 horas por semana. Es posible que no se pague al personal las horas de sueño.

### **¿QUÉ PASA SI NOS MUDAMOS A OTRO CONDADO?**

Por favor notifique a su administrador de casos tan pronto como planifique mudarse. Él o ella se comunicará con el administrador de casos del nuevo condado y

coordinará la transferencia de Medicaid al nuevo condado, de modo que no haya interrupción en los servicios que recibe su hijo(a).

## **VII. RETIRO DEL PROGRAMA CAP/C**

### **¿QUÉ PASA SI LA CONDICIÓN DE MI HIJO(A) CAMBIA?**

Notifique a su administrador de casos cualquier ocasión en la cual la condición de su hijo(a) cambie, para bien o para mal. Su administrador de casos reevaluará las necesidades de su hijo(a) y ajustará sus servicios acordemente. Esto puede significar un ajuste a un diferente tipo o cantidad de atención en el programa CAP/C, o un retiro completo del programa CAP/C. Si se retira a su hijo(a) del programa CAP/C, siempre puede volver a postular si o cuando la condición de su hijo(a) cambie y él o ella sea elegible nuevamente. Mientras tanto, pueden haber otros servicios comunitarios o de Medicaid que puedan cubrir las necesidades de su hijo(a). Su administrador de casos puede ayudarlo a ubicar estos recursos.

### **¿QUÉ DEBO HACER CUANDO MI HIJO(A) CUMPLA 21 AÑOS DE EDAD?**

Su administrador de casos lo ayudará con esta transición. Debe empezar mucho antes de que su hijo(a) cumpla 21 años. CAP/DA, PCS y PDN son algunos programas de Medicaid para los cuales su hijo(a) puede ser elegible. De aplicarse, también deberá involucrar al sistema educativo para poner en marcha para su hijo(a) servicios de rehabilitación vocacional.

### **¿QUÉ PASA SI NOS MUDAMOS FUERA DE CAROLINA DEL NORTE?**

Una vez que se mude de Carolina del Norte dejará de ser elegible para el programa CAP/C. Las exenciones varían de estado en estado, de modo que los servicios no son transferibles. Tan pronto como sepa que se mudará, hágaselo saber a su administrador de casos. Él o ella pueden ayudarlo a localizar y solicitar los servicios en su nuevo estado.

## VIII. MÁS INFORMACIÓN

### ¿DÓNDE PUEDE ENCONTRAR MÁS INFORMACIÓN SOBRE EL PROGRAMA CAP/C?

- Su administrador de casos es su fuente principal de información para todas sus preguntas sobre el programa CAP/C.
- Hay una página web del programa CAP/C para clientes ubicada en <http://www.ncdhhs.gov/dma/medicaid/capchildren.htm>
- Hay una página web del programa CAP/C para proveedores ubicada en <http://www.ncdhhs.gov/dma/services/capc.htm>. Esta página contiene
  - el documento de exención del programa CAP/C
  - la política del programa CAP/C
  - el manual de proveedor del programa CAP/C
- También puede contactar la División de Asistencia Médica al 919 855 4380, y pedir conversar con el consultor de enfermería del programa CAP/C para su condado.

## Sección dos

### Cómo obtener el máximo de sus servicios del programa CAP/C

Esta sección contiene información para ayudarlo a trabajar con su personal en el hogar y con su administrador de casos.

- **COMPARTA**
- Entrevista a posibles agencias/enfermeras/asistentes de enfermería
- Trabajo con sus enfermeras/asistentes de enfermería
- Trabajo conjunto con su administrador de casos

## **COMPARTA sus inquietudes sobre la atención domiciliaria**

**Comparta sus inquietudes y preguntas, y si no comprende, pregunte nuevamente. Se trata de su hijo(a). Usted tiene derecho a estar informado(a).**

- La salud de su hijo(a) es demasiado importante para sentirse avergonzado(a) por no comprender lo que le dice el profesional de atención domiciliaria.
- No tenga miedo de hacer preguntas relacionadas con la seguridad. Si recibe los medicamentos por correo postal en su hogar, verifique siempre que se trate del fármaco y la dosis correctos.
- No tenga miedo de hablar con el profesional de atención domiciliaria si considera que su hijo(a) recibirá un tratamiento o fármaco incorrectos, o si ha recibido un dispositivo que cree que su hijo(a) no necesita.
- No dude en hablar con el profesional de atención domiciliaria si cree que ha confundido a su hijo(a) con otro paciente.

**Preste atención a los cuidados que recibe su hijo(a). Asegúrese de que el personal de atención domiciliaria apropiado esté proporcionándole a su hijo(a) los tratamientos y medicamentos adecuados. No dé por sentado nada.**

- Hable con su profesional de atención domiciliaria si algo no le parece del todo bien.
- Cuente con que los profesionales de atención domiciliaria se presenten cuando ingresan en su hogar y verifique sus credenciales de identificación.
- Si su hijo(a) necesita equipos médicos, como una máquina de aspiración, oxígeno o una silla de ruedas, asegúrese de que tanto usted como los familiares responsables de brindar cuidados hayan recibido instrucciones sobre cómo usar y cuidar los equipos en su hogar.
- Asegúrese de que la organización que le brinda atención domiciliaria tenga una línea telefónica las 24 horas para que usted pueda llamar si tiene preguntas o inquietudes.
- Controle si los profesionales de atención domiciliaria se han lavado las manos. Lavarse las manos es muy importante para prevenir el contagio de infecciones. No tenga miedo de recordarles respetuosamente a los proveedores de atención de su hijo(a) que se laven las manos.

- Asegúrese de que el profesional de atención domiciliaria confirme la identidad de su hijo(a) antes de administrarle algún medicamento o tratamiento.

**Infórmese sobre el diagnóstico y el plan de atención de su hijo(a), y sobre los servicios que la organización de atención domiciliaria brindará.**

- Reúna información sobre la afección de su hijo(a). Las fuentes confiables incluyen la información brindada por el médico, la organización de atención domiciliaria, la biblioteca, sitios web reconocidos y grupos de apoyo.
- Anote la información importante que le proporcione su médico sobre los servicios de atención domiciliaria que recibirá su hijo(a), para poder buscar información adicional en el futuro. Y pregúntele al médico si tiene información escrita para darle.
- Lea detenidamente todos los formularios y asegúrese de comprenderlos antes de firmar. Si no comprende, pídale al profesional de atención domiciliaria que le explique.
- Asegúrese de estar familiarizado con el funcionamiento de todos los equipos que se usan en su hogar. Si usa oxígeno en su hogar, no fume ni permita que nadie fume cerca de usted mientras se usa el oxígeno.

**Pídale a un familiar de confianza o a un amigo que sea su persona de apoyo. (En el programa CAP/C, su administrador de casos es su persona de apoyo).**

- Es posible que su persona de apoyo haga preguntas que a usted no se le ocurran cuando está en una situación de estrés.
- Pídale a esta persona que lo acompañe durante las visitas de atención domiciliaria. La persona de apoyo puede ayudarlo a garantizar que se proporcionen los medicamentos, equipos y tratamientos adecuados. (Su administrador de casos visitará su hogar durante las horas en que trabaja el profesional de atención domiciliaria, al menos, cada tres meses).
- Es posible que la persona de apoyo lo ayude a recordar las respuestas a las preguntas que realizó y que hable por usted cuando usted no pueda hacerlo.
- Asegúrese de que esta persona comprenda sus preferencias con relación a la atención de su hijo(a), así como sus deseos relacionados con la resucitación y el soporte vital.

- Revise los consentimientos de tratamientos junto con su persona de apoyo antes de firmarlos y asegúrese de que tanto usted como su persona de apoyo comprendan con exactitud lo que está aceptando.
- Su persona de apoyo debe saber qué hacer si la afección de su hijo(a) empeora y a quién llamar.

**Conozca los medicamentos que recibe su hijo(a) y por qué los necesita. Los errores en la administración de medicamentos son los errores más comunes de la atención médica.**

**(Consulte la Sección 6. Se incluye un cuadro que usted puede completar para ayudarlo a conocer los medicamentos de su hijo(a)).**

- Pregunte acerca de los objetivos de los medicamentos y pida información escrita al respecto, incluidos los nombres genéricos y la marca comercial. También pregunte sobre los efectos secundarios de los medicamentos.
- Si no reconoce un medicamento, asegúrese de que sea para su hijo(a). Pregunte acerca de los medicamentos por vía oral antes de que su hijo(a) los tome y lea los contenidos de las bolsas de infusión intravenosa (i.v.).
- Si su hijo(a) recibe un medicamento por vía intravenosa, pregúntele a la enfermera en cuánto tiempo se “terminará” el líquido de la infusión. Avísele a la enfermera si, al parecer, el líquido no gotea en forma adecuada (es decir, demasiado rápido o demasiado despacio).
- Cada vez que su hijo(a) esté por recibir un nuevo medicamento, informe a los médicos y a los profesionales de atención domiciliaria sobre las alergias que su hijo(a) tenga o las reacciones adversas que haya tenido a los medicamentos en el pasado.
- Si su hijo(a) toma varios medicamentos, pregúntele al médico o al farmacéutico si es seguro administrar todos los medicamentos al mismo tiempo. Esto se aplica también a la administración de vitaminas, suplementos a base de hierbas y medicamentos de venta libre.
- Asegúrese de poder entender la caligrafía del médico cuando le expida recetas. Si no entiende la caligrafía, es posible que el farmacéutico tampoco pueda hacerlo.

**Busque los servicios de una organización de atención domiciliaria que haya sido objeto de una evaluación presencial rigurosa conforme a los últimos estándares establecidos sobre seguridad y calidad, por ejemplo, aquella organización recomendada por la Comisión Conjunta (Joint Commission, JCAHO).**

- Pregunte acerca de la experiencia que tiene la organización de atención domiciliaria en el tratamiento de la afección de su hijo(a). ¿Qué atención especializada proporcionan para ayudar a que los pacientes mejoren?
- Si tiene más de una organización de atención domiciliaria para elegir, pregúntele a su administrador de casos cuál ofrece la mejor atención para su hijo(a).
- Antes de que su hijo(a) reciba el alta de los servicios de atención domiciliaria, pregunte acerca de la atención de seguimiento y asegúrese de comprender todas las instrucciones.
- Visite Quality Check ingresando en [www.qualitycheck.org](http://www.qualitycheck.org) para averiguar si su organización de atención domiciliaria está acreditada por la Comisión Conjunta.

**Participe en todas las decisiones relacionadas con el tratamiento de su hijo(a) y los servicios de atención domiciliaria que recibe. Usted es el centro del equipo de atención domiciliaria.**

- Usted y la agencia de atención domiciliaria deben acordar las actividades que se realizarán en cada etapa de la atención de su hijo(a).
- Conozca a la persona que cuidará a su hijo(a), qué servicios recibirá su hijo(a), cuánto durará el tratamiento y cómo debería sentirse su hijo(a).
- Comprenda que administrar más tratamientos o medicamentos no siempre es mejor. Pregúntele al médico de su hijo(a) qué tratamiento o medicamento nuevos pueden funcionar.

## TRABAJO CON SU ADMINISTRADOR DE CASOS

El nombre de mi administrador de casos es

\_\_\_\_\_.  
Él/Ella trabaja en \_\_\_\_\_.

Puedo localizar a mi administrador de casos por:

Teléfono \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Correo postal \_\_\_\_\_

El trabajo del administrador de casos es que su hijo(a) reciba la atención y servicios médicos que necesite en su totalidad. Puede esperar que su administrador de casos:

- ◆ Lo guíe a través del proceso de solicitud para el programa CAP/C y Medicaid.
- ◆ Le explique las normas, las disposiciones, los beneficios y las limitaciones del programa CAP/C.
- ◆ Le explique los derechos y las responsabilidades que usted tiene.
- ◆ Le explique que puede optar entre el programa CAP/C y la institucionalización, y que tiene que firmar el plan de atención en el que debe elegir el programa CAP/C.
- ◆ Comprenda y administre los recursos con los que usted ya cuenta, y que encuentre otros recursos posibles para los que su hijo(a) pueda ser elegible. Esto incluye recursos tanto dentro del programa CAP/C como fuera de él.
- ◆ Se comunique con usted, al menos, todos los meses para revisar las necesidades y los servicios de su hijo(a).
- ◆ Lo visite a usted, a su hijo(a) y al profesional de atención domiciliaria cada 30 a 90 días en su hogar.
- ◆ Se comunique con sus proveedores de servicios todos los meses para consultar acerca de los servicios de las enfermeras y de las asistentes en enfermería, revisar cada tres meses un modelo de las notas que la enfermera o asistente en enfermería escribió sobre su hijo(a), y revise todos los reclamos del proveedor, a fin de asegurarse de que los servicios se estén brindando según el plan de atención de su hijo(a).
- ◆ Asista a las visitas al médico, las reuniones del Programa Educativo Individualizado (IEP) y a demás citas junto con usted, según sea necesario.
- ◆ Realice una reevaluación y revisión anual del plan de atención (denominada CNR) para garantizar la participación adecuada y continuada de su hijo(a) en el programa CAP/C.

- ◆ Ayude a su hijo(a) a dejar el programa CAP/C si ya no lo necesita o está muy grande para participar.

Lo que el administrador de casos no puede hacer es tomar decisiones sobre los servicios o suministros del programa CAP/C ni autorizarlos. El administrador de casos debe presentar todas las solicitudes ante la División de Asistencia Médica (DMA) para su aprobación.

El administrador de casos espera que usted:

- ◆ Lo notifique cada vez que su hijo(a) esté hospitalizado.
- ◆ Lo notifique acerca de cualquier equipo médico que su hijo(a) reciba.
- ◆ Lo notifique cada vez que decida irse del condado para tomar vacaciones, etc.
- ◆ Devuelva sus llamados en forma oportuna.
- ◆ Esté en su hogar, según lo programado, cada vez que realiza una visita.
- ◆ Lo notifique lo antes posible cuando usted tome conocimiento sobre algún cambio que deba implementarse en el plan de atención, en particular, cambios relacionados con horas extras, a fin de disponer del tiempo apropiado para solicitar la aprobación por parte de la DMA.
- ◆ Lo mantenga informado sobre otros servicios, particularmente servicios brindados en la escuela o los servicios de la Intervención temprana (Early Intervention), y que lo involucre en dichos servicios.

## ENTREVISTA A POSIBLES ENFERMERAS Y ASISTENTES DE ENFERMERÍA

Su administrador de casos hará bastante del trabajo de encontrar una agencia apropiada con lo cual trabaje usted, pero usted también querrá estar involucrado. A muchos padres les gusta conversar ellos mismos con la posible agencia o les gusta entrevistar a la trabajadora en particular que vendrá a su hogar. A continuación se encuentran listadas algunas preguntas que usted podría querer hacer. Hágalas todas o escoja aquellas que sean importantes para usted.

Recuerde que debido a los recortes en enfermería y asistencia de enfermería, es posible que no siempre hayan trabajadores(as) disponibles para cubrir todas las horas para las que su hijo(a) está aprobado(a).

¿Por cuánto tiempo ha servido la agencia a esta comunidad?

---

---

¿Qué servicios ofrece la agencia?

---

---

¿Está certificada la calidad de atención por un cuerpo de acreditación nacional tal como la Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones de Atención Médica?

---

---

¿Acepta la agencia mi seguro privado?

---

---

¿Ofrece la agencia una "Declaración de los derechos del paciente" que describa los derechos y responsabilidades tanto de la agencia como de la persona atendida?

---

---

¿Escribe la agencia el plan de atención del paciente con las opiniones del paciente y su doctor y familia?

---

---

¿Qué tan de cerca observan los supervisores la atención para asegurar la calidad?

---

---

¿Cómo mantendrán los proveedores de atención de la agencia informados a los miembros de familia sobre el tipo de atención que está recibiendo su ser querido?

---

---

¿Están disponibles los miembros de personal a toda hora, los siete días de la semana de ser necesario?

---

---

¿Cuenta la agencia con un supervisor de enfermería disponible para brindar asistencia las 24 horas del día?

---

---

¿Cómo asegura la agencia la confidencialidad del paciente?

---

---

¿Cómo se contratan y entrenan a los proveedores de atención de la agencia?

---

---

¿Puede esta agencia asignar personal para todas las horas en mi plan de atención?

---

---

¿Contará mi trabajadora de atención médica con una tarjeta de identificación?

---

---

¿Cuenta la trabajadora de atención médica con experiencia previa en pediatría?  
¿Atención en el hogar? ¿Con las necesidades particulares de su hijo(a) tales  
como un respirador o un diagnóstico particular?

---

---

Si tiene mascotas en su hogar, ¿es alérgica a ellos la trabajadora de atención  
médica o les tiene miedo? ¿Es alérgica o sensible la trabajadora de atención  
médica a otras cosas que puedan haber en su hogar tales como plantas, olores de  
tabaco?

---

---

¿Cuentan las trabajadoras de atención médica con certificación en RCP?  
¿Cuentan las asistentes de enfermería con certificación en primeros auxilios?

---

---

¿Cuál es el procedimiento para resolver problemas cuando ocurren y a quién  
puedo llamar con preguntas o quejas?

---

---

¿Brindará la agencia una lista de referencias para sus proveedores de atención?

---

---

¿A quién llama la agencia si la trabajadora de atención médica en el hogar no  
puede venir cuando estaba programado?

---

---

¿Qué tipo de verificaciones de antecedentes de empleados se realizan? ¿Qué  
tan seguido?

---

---

Otras preguntas específicas a mi hijo(a)/familia/necesidades:

---

---

---

## PREPARÁNDOSE PARA SU TRABAJADORA DE ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR

Querrá tener una buena relación laboral con sus trabajadoras en el hogar. Las siguientes son sugerencias para ayudar tanto a usted como ellas a sentirse cómodas en su hogar.

1. Dígale a su trabajadora dónde debe estacionar su auto.
2. Dígale qué entrada a su hogar debe usar.
3. Especifique, de haberlas, las áreas a las que no puede acceder su trabajadora de atención médica.
4. Asigne a su trabajadora de atención médica un lugar donde poner sus pertenencias personales (abrigo, almuerzo, etc.)
5. Asigne un lugar donde su trabajadora de atención médica pueda comer su almuerzo.
6. Provea el uso de un baño incluyendo un jabón y toallas limpias o papel toalla para facilitar el lavado de manos.
7. Provea el uso de un teléfono para que su trabajadora pueda contactar a su agencia, al médico de su hijo(a) o a usted.
8. Asigne un lugar de trabajo para que pueda tomar notas.  
Nota: Se le pedirá que firme las notas u hojas de tiempos de su enfermera o asistente de enfermería. No firme notas u hojas de datos en blanco. Antes de firmar, asegúrese de que la hora y fecha sean correctas. Se requiere que las agencias sean veraces en cuanto a las horas que cobran a Medicaid por la atención de su hijo(a).
9. Asegure a los animales fuera del área de atención al paciente según sea necesario.

10. Respete el horario de la trabajadora. Llegue al hogar unos cuantos minutos antes de que su turno acabe de modo que tenga tiempo para recibir el informe y permita a la trabajadora salir a tiempo.

11. Recuerde que la trabajadora está en su hogar para atender a su hijo(a). No está allí para cuidar a otros niños o hacer cosas que no sean parte de las tareas propias de su trabajo y del plan de atención de su hijo(a).

## Sección tres Otros recursos

Esta sección contiene información sobre otros servicios y recursos que pueden serle de ayuda.

- WIC
- Intervención temprana (Early Intervention)
- PCS/PCS+
- CAP-DA
- PDN
- CAP-MR/DD
- Casa de reposo
- División de Regulación de Servicios de Salud
- Programa Integrity
- Recursos comunitarios locales identificados por su administrador de casos

## **PROGRAMA DE MUJERES, INFANTES Y NIÑOS (WOMEN, INFANTS, AND CHILDREN, WIC)**

Propósito: brinda alimentos y fórmulas infantiles terapéuticas especiales, y alimentos médicos.

Elegibilidad: los niños menores de cinco años beneficiarios del programa CAP/C usualmente son elegibles.

WIC y CAP/C: puede ser beneficiario de los programas WIC y CAP/C simultáneamente. La fórmula pagada por el programa WIC no afecta el presupuesto mensual de su hijo(a).

Obtención de servicios: llame al departamento de salud de su condado, o la oficina WIC estatal al 919 707 5800, o visite <http://www.nutritionnc.com>

## **SERVICIOS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA/PROGRAMA DE INFANTE-PÁRVULO**

Propósito: brinda terapias y otros servicios a niños con necesidades de desarrollo

Elegibilidad: de 0 a 3 años de edad y ya sea A) una(s) condición(es) identificada(s) asociada(s) con preocupaciones de desarrollo o B) una necesidad identificada de intervención terapéutica, educativa o de desarrollo.

Intervención temprana y CAP/C: su hijo(a) puede estar en ambos programas simultáneamente. El costo de la terapia brindada por Intervención temprana sí afecta el presupuesto mensual si Medicaid la paga. No podrá recibir servicios de administración de casos a través del programa de Intervención temprana porque las normas de Medicaid prohíben que un individuo tenga dos administradores de casos; su administrador de casos del programa CAP/C asumirá las funciones de su administrador de casos del programa de Intervención temprana.

Obtención de servicios: contacte a la Agencia de Servicios de Desarrollo Infantil (Children's Developmental Services Agency, CDSA). Puede encontrar una lista de agencias e información de contacto en <http://www.ncei.org/ei/itp/cdsa.html>.

## **SERVICIOS DE CUIDADO PERSONAL (PERSONAL CARE SERVICES, PCS) Y SERVICIOS DE CUIDADO PERSONAL PLUS (PCS+)**

Propósito: brinda atención de asistente de enfermería en el hogar para beneficiarios de Medicaid que necesitan ayuda con actividades diarias (bañarse, vestirse, acicalamiento, ir al baño, comer, etc.) debido a una condición médica.

Elegibilidad: todas las edades, debe contar con Medicaid, la atención no debe ser apropiado para edad infantil.

PCS y CAP/C: a excepción de ciertas condiciones en las cuales los servicios se brindan en la escuela, no habría razón para contar con ambos programas simultáneamente. Si el niño es beneficiario de ambos programas, cualquier atención personal que su hijo(a) requiera será brindada completamente por el programa PCS, con otros servicios de exención brindados por el programa CAP/C. Se recomienda el programa PCS para algunos niños al momento de la derivación del programa CAP/C que cuentan con Medicaid y no demuestran una necesidad de administración de casos o servicios de exención aparte de servicios de asistente de enfermería. Cuando su hijo(a) que ha sido atendido(a) por un asistente de enfermería supera la edad para el programa CAP/C, el programa PCS es uno de los programas a los que puede cambiarse.

Obtención de servicios: contacte una agencia de atención en el hogar de su elección.

### **PROGRAMA DE ALTERNATIVAS COMUNITARIAS PARA ADULTOS DISCAPACITADOS (CAP/DA)**

Propósito: brinda atención a nivel de asistencia de enfermería así como servicios de exención y suministros similares a aquellos en el programa CAP/C además de algunos servicios/suministros adicionales.

Elegibilidad: 18 años y mayor, requiere atención de asistencia de enfermería en el hogar para evitar la institucionalización.

CAP/DA y CAP/C: un niño no puede ser beneficiario de ambas exenciones simultáneamente. Un menor que cumpla 18 años de edad puede pasar al programa CAP-DA antes de cumplir 21 años de modo que no haya brechas en sus servicios.

Obtención de servicios: contacte la agencia local principal para el programa CAP-DA. Puede encontrar una lista de agencias e información de contacto en <http://www.dhhs.state.nc.us/dma.capcontactlist.pdf>.

### **ENFERMERÍA PRIVADA (PRIVATE DUTY NURSING, PDN)**

Propósito: brindar servicios de enfermeras RN y LPN para atención continua en el hogar.

Elegibilidad: todas las edades, deben contar con Medicaid incluso si no están en la exención.

PDN y CAP/C: a excepción de ciertas condiciones donde la escuela brinda los servicios, no habrá razón para contar con ambos programas simultáneamente. Si el niño es beneficiario de ambos programas, el programa PDN brindará completamente cualquier atención de enfermería que su hijo(a) requiera, con otros servicios de exención brindados por el programa CAP/C. Cuando su hijo(a) que ha sido

atendido(a) por una enfermera supera la edad cubierta por el programa CAP/C, el programa PDN es uno de los programas a los que puede cambiarse.

Obtención de servicios: envíe a la DMA la información de derivación (formulario de derivación previo a la aprobación de enfermería privada, formulario de solicitud del médico por enfermería privada y formulario de criterios de revisión de enfermería por horas) ubicados en <http://www.dhhs.state.nc.us/dma/formsprov.html#pdn>.

### **PROGRAMA DE ALTERNATIVAS COMUNITARIAS PARA PERSONAS CON RETARDO MENTAL O DISCAPACIDADES DE DESARROLLO (CAP-MR/DD)**

Propósito: brindar atención en el hogar y apoyos para evitar el internamiento de gente con retardo mental o retrasos en el desarrollo.

Elegibilidad: usualmente de 4 años o mayor, en riesgo de ser internado(a) debido a retardo mental o retraso en el desarrollo que se manifestó antes de los 22 años de edad.

CAP-MR/DD y CAP/C: un niño no puede contar con ambas exenciones simultáneamente.

Obtención de servicios: contacte a su entidad local de gestión (LME). Está disponible una lista de LME e información de contacto en <http://www.dhhs.state.nc.us/mhddsas/lmedirectory.htm>

### **CASA DE REPOSO**

Propósito: brindar cuidado a pacientes terminales y sus familias

Elegibilidad: beneficiarios de Medicaid con menos de seis meses restantes de vida certificado por un médico.

Casa de reposo y CAP/C: se puede contar con ambos servicios simultáneamente con cuidado de evitar la duplicación de los servicios tales como la atención de enfermería

Obtención de servicios: contacte una agencia de casa de reposo de su elección o a su administrador de casos del programa CAP/C.

### **DIVISIÓN DE REGULACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD (DIVISION OF HEALTH SERVICES REGULATION, DHSR)**

La División de Regulación de Servicios de Salud tiene la responsabilidad de entregar licencias y certificados de agencias de salud domiciliaria, agencias de atención en el hogar, agencias de casa de reposo y otros hogares, agencias e instalaciones de atención médica.

Su unidad de recepción de quejas está disponible para recibir quejas respecto a la atención y los servicios brindados a los pacientes por estas agencias. El incidente

debe haber ocurrido dentro del último año e involucrar un asunto regulado por la ley estatal o federal. Para presentar una queja, llame al **1-800-624-3004 (dentro de Carolina del Norte)** o al **919-855-4500**. Su confidencialidad está asegurada.

### **PROGRAMA INTEGRITY**

El programa Integrity es una unidad de Medicaid que se asegura de que los pagos de Medicaid sean exactos y de que se identifiquen casos de fraude, desperdicio y abuso. Si tiene sospecha de un fraude o abuso de Medicaid, puede informarlo al **919-647-8000** o contactar a la LÍNEA DE ATENCIÓN (CARE-LINE ) al **1-800-662-7030** y preguntar por la sección del programa Integrity de la DMA.

## Sección cuatro Planes de atención

Esta es una sección para sus planes de atención.

En esta sección, mantenga una copia de su

- Evaluación del programa *CAP/C*
- Plan de atención del programa *CAP/C*
- IFSP,
- IHP, IEP o 504

más reciente y cualquier otra información pertinente tales como metas de terapia, custodia o acomodados para visitas, etc.

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## Sección cinco

### Información de emergencia

En esta sección mantenga la información de emergencia importante tal como

- información de seguro
- una lista completa de gente involucrada en la atención de mi hijo(a)
- una copia de una directiva anticipada
- el formulario adjunto de información de emergencia u otros documentos que pudiera necesitar.

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**NIÑO(A)**

Nombre \_\_\_\_\_ Inicial de segundo nombre \_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Sufijo \_\_\_\_\_

Nombre de preferencia/alias \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento**

Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

**Sexo**

Masculino  Femenino

**Raza**

- |   |  |                                       |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Blanco (no hispánico) | <input type="checkbox"/> Otro _____   |
| <input type="checkbox"/> Asiático/Islas del pacífico      | <input type="checkbox"/> Hispánico             | <input type="checkbox"/> Sin reportar |
| <input type="checkbox"/> Negro (no hispánico)             | <input type="checkbox"/> Mestizo               |                                       |

**SEGURO - MEDICAID**

Número de MID \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Condado de Medicaid \_\_\_\_\_

**Tipo de Medicaid**

MAD  MAB  I-AS  H-SF

**Código indicador CAP**

IC  SC  HC

**Nivel de atención antes de la aprobación EDS**

Intermedio  Experimentado

**Nivel de atención CAPC**

Intermedio  Experimentado (con asistente)  
 Experimentado (con enfermera)  Hospital

**Información de pago de deducible/responsabilidad económica del paciente (*spend-down*)?**

N/A \_\_\_\_\_

**SEGURO – TERCEROS**

Empresa \_\_\_\_\_

Nombre de suscriptor \_\_\_\_\_

Número de póliza \_\_\_\_\_

Número de grupo \_\_\_\_\_

Persona de contacto \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ext. \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**SEGURO – TERCEROS**

Empresa \_\_\_\_\_

Nombre de suscriptor \_\_\_\_\_

Número de póliza \_\_\_\_\_

Número de grupo \_\_\_\_\_

Persona de contacto \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ext. \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**PERSONA PRINCIPAL A CARGO**

<b>Nombre</b> _____ <b>Cargo/Agencia (si aplica)</b> _____	
<b>Relación social con el niño(a)</b> <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Otro pariente _____ <input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> Otro _____	
<b>Relación legal con el niño(a)</b> <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Custodia conjunta <input type="checkbox"/> Visitas <input type="checkbox"/> Poder notarial para atención médica <input type="checkbox"/> Padre/Madre de crianza <input type="checkbox"/> Persona a cargo	
<b>Dirección</b> Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal (Zip) _____ - _____	<b>Dirección postal</b> <input type="checkbox"/> misma dirección Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal (Zip) _____ - _____
<b>Teléfono (hogar)</b> (_____) _____ - _____	<b>Teléfono (celular)</b> (_____) _____ - _____
<b>Teléfono (trabajo)</b> (_____) _____ - _____ ext. _____	<b>Correo electrónico</b> _____ @ _____

**PERSONA PRINCIPAL A CARGO**

<b>Nombre</b> _____ <b>Cargo/Agencia (si aplica)</b> _____	
<b>Relación social con el niño(a)</b> <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Otro pariente _____ <input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> Otro _____	
<b>Relación legal con el niño(a)</b> <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Custodia conjunta <input type="checkbox"/> Visitas <input type="checkbox"/> Poder notarial para atención médica <input type="checkbox"/> Padre/Madre de crianza <input type="checkbox"/> Persona a cargo	
<b>Teléfono (trabajo)</b> (_____) _____ - _____ ext. _____	<b>Teléfono (celular)</b> (_____) _____ - _____
	<b>Correo electrónico</b> _____ @ _____

**OTROS MIEMBROS DEL HOGAR**

<b>Nombre</b>	<b>Cargo/Agencia (si aplica)</b>
<b>Relación social con el niño(a)</b> <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Otro pariente _____ <input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> Otro _____	
<b>Relación legal con el niño(a)</b> <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Custodia conjunta <input type="checkbox"/> Visitas <input type="checkbox"/> Poder notarial para atención médica <input type="checkbox"/> Padre/Madre de crianza <input type="checkbox"/> Persona a cargo	
<b>Teléfono (trabajo)</b> (_____) _____ - _____ ext. _____	<b>Teléfono (celular)</b> (_____) _____ - _____ <b>Correo electrónico</b> _____ @ _____
<b>Menor de 18 años</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

**OTROS MIEMBROS DEL HOGAR**

<b>Nombre</b>	<b>Cargo/Agencia (si aplica)</b>
<b>Relación social con el niño(a)</b> <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Otro pariente _____ <input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> Otro _____	
<b>Relación legal con el niño(a)</b> <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Custodia conjunta <input type="checkbox"/> Visitas <input type="checkbox"/> Poder notarial para atención médica <input type="checkbox"/> Padre/Madre de crianza <input type="checkbox"/> Persona a cargo	
<b>Teléfono (trabajo)</b> (_____) _____ - _____ ext. _____	<b>Teléfono (celular)</b> (_____) _____ - _____ <b>Correo electrónico</b> _____ @ _____
<b>Menor de 18 años</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

**OTROS MIEMBROS DEL HOGAR**

<b>Nombre</b>	<b>Cargo/Agencia (si aplica)</b>
<b>Relación social con el niño(a)</b> <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Otro pariente _____ <input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> Otro _____	
<b>Relación legal con el niño(a)</b> <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Custodia conjunta <input type="checkbox"/> Visitas <input type="checkbox"/> Poder notarial para atención médica <input type="checkbox"/> Padre/Madre de crianza <input type="checkbox"/> Persona a cargo	
<b>Teléfono (trabajo)</b> (_____) _____ - _____ ext. _____	<b>Teléfono (celular)</b> (_____) _____ - _____ <b>Correo electrónico</b> _____ @ _____
<b>Menor de 18 años</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

**PARIENTES LEJANOS Y AMIGOS**

<b>Nombre</b> _____	
<b>Relación social con el niño(a)</b> <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Otro pariente _____ <input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> Otro _____	
<b>Relación legal con el niño(a)</b> <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Custodia conjunta <input type="checkbox"/> Visitas <input type="checkbox"/> Poder notarial para atención médica <input type="checkbox"/> Padre/Madre de crianza <input type="checkbox"/> Persona a cargo	
<b>Dirección</b> Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal (Zip) _____ - _____	<b>Dirección postal</b> <input type="checkbox"/> misma dirección Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal (Zip) _____ - _____
<b>Teléfono (hogar)</b> (_____) _____ - _____	<b>Teléfono (celular)</b> (_____) _____ - _____
<b>Teléfono (trabajo)</b> (_____) _____ - _____ ext. _____	<b>Correo electrónico</b> _____ @ _____

**PARIENTES LEJANOS Y AMIGOS**

<b>Nombre</b> _____	
<b>Relación social con el niño(a)</b> <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Otro pariente _____ <input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> Otro _____	
<b>Relación legal con el niño(a)</b> <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Custodia conjunta <input type="checkbox"/> Visitas <input type="checkbox"/> Poder notarial para atención médica <input type="checkbox"/> Padre/Madre de crianza <input type="checkbox"/> Persona a cargo	
<b>Dirección</b> Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal (Zip) _____ - _____	<b>Dirección postal</b> <input type="checkbox"/> misma dirección Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal (Zip) _____ - _____
<b>Teléfono (hogar)</b> (_____) _____ - _____	<b>Teléfono (celular)</b> (_____) _____ - _____
<b>Teléfono (trabajo)</b> (_____) _____ - _____ ext. _____	<b>Correo electrónico</b> _____ @ _____

**PARIENTES LEJANOS Y AMIGOS**

<b>Nombre</b> _____	
<b>Relación social con el niño(a)</b> <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Otro pariente _____ <input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> Otro _____	
<b>Relación legal con el niño(a)</b> <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Custodia conjunta <input type="checkbox"/> Visitas <input type="checkbox"/> Poder notarial para atención médica <input type="checkbox"/> Padre/Madre de crianza <input type="checkbox"/> Persona a cargo	
<b>Dirección</b> Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal (Zip) _____ - _____	<b>Dirección postal</b> <input type="checkbox"/> misma dirección Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal (Zip) _____ - _____
<b>Teléfono (hogar)</b> (_____) _____ - _____	<b>Teléfono (celular)</b> (_____) _____ - _____
<b>Teléfono (trabajo)</b> (_____) _____ - _____ ext. _____	<b>Correo electrónico</b> _____ @ _____

### MÉDICO CON EL QUE SE COORDINA

Nombre del médico _____			Especialidad _____		
Nombre del consultorio _____					
<u>Dirección</u> Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal (Zip) _____ - _____			<u>Dirección postal</u> <input type="checkbox"/> misma dirección Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal (Zip) _____ - _____		
Teléfono de oficina (____) _____ - _____		Fax (____) _____ - _____		Teléfono fuera de horario de of. (____) _____ - _____	

### OTRO MÉDICO

Nombre del médico _____			Especialidad _____		
Nombre del consultorio _____					
<u>Dirección</u> Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal (Zip) _____ - _____			<u>Dirección postal</u> <input type="checkbox"/> misma dirección Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal (Zip) _____ - _____		
Teléfono de oficina (____) _____ - _____		Fax (____) _____ - _____		Teléfono fuera de horario de of. (____) _____ - _____	

### OTRO MÉDICO

Nombre del médico _____			Especialidad _____		
Nombre del consultorio _____					
<u>Dirección</u> Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal (Zip) _____ - _____			<u>Dirección postal</u> <input type="checkbox"/> misma dirección Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal (Zip) _____ - _____		
Teléfono de oficina (____) _____ - _____		Fax (____) _____ - _____		Teléfono fuera de horario de of. (____) _____ - _____	

**OTRO MÉDICO**

Nombre del médico _____			Especialidad _____		
Nombre del consultorio _____					
<b>Dirección</b>			<b>Dirección postal</b> <input type="checkbox"/> misma dirección		
Calle _____			Calle _____		
Ciudad _____			Ciudad _____		
Estado _____ Código postal (Zip) _____ - _____			Estado _____ Código postal (Zip) _____ - _____		
Teléfono de oficina (____) _____ - _____		Fax (____) _____ - _____		Teléfono fuera de horario de of. (____) _____ - _____	

**OTRO MÉDICO**

Nombre del médico _____			Especialidad _____		
Nombre del consultorio _____					
<b>Dirección</b>			<b>Dirección postal</b> <input type="checkbox"/> misma dirección		
Calle _____			Calle _____		
Ciudad _____			Ciudad _____		
Estado _____ Código postal (Zip) _____ - _____			Estado _____ Código postal (Zip) _____ - _____		
Teléfono de oficina (____) _____ - _____		Fax (____) _____ - _____		Teléfono fuera de horario de of. (____) _____ - _____	

**OTRO MÉDICO**

Nombre del médico _____			Especialidad _____		
Nombre del consultorio _____					
<b>Dirección</b>			<b>Dirección postal</b> <input type="checkbox"/> misma dirección		
Calle _____			Calle _____		
Ciudad _____			Ciudad _____		
Estado _____ Código postal (Zip) _____ - _____			Estado _____ Código postal (Zip) _____ - _____		
Teléfono de oficina (____) _____ - _____		Fax (____) _____ - _____		Teléfono fuera de horario de of. (____) _____ - _____	

**FARMACIA**

Nombre _____	
Dirección/ubicación _____	
Teléfono de oficina (____) _____ - _____	Fax (____) _____ - _____

**SERVICIOS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA (EARLY INTERVENTION)**

Nombre/cargo del administrador de casos _____		
Nombre de CDSA _____		
<b>Dirección</b>		<b>Dirección postal</b> <input type="checkbox"/> misma dirección
Calle _____	Calle _____	
Ciudad _____	Ciudad _____	
Estado _____ Código postal (Zip) _____ - _____	Estado _____ Código postal (Zip) _____ - _____	
Teléfono (_____) _____ - _____ Fax (_____) _____ - _____		
Correo electrónico _____ @ _____		
<b>Servicios brindados</b>		
<input type="checkbox"/> Tecnología asistencial	<input type="checkbox"/> Servicios de audiología	<input type="checkbox"/> Rastreo e identificación temprana
<input type="checkbox"/> Terapia/Consejería familiar	<input type="checkbox"/> Servicios de salud	<input type="checkbox"/> Servicios médicos
<input type="checkbox"/> Evaluaciones multidisciplinares	<input type="checkbox"/> Servicios de enfermería	<input type="checkbox"/> Servicios de nutrición
<input type="checkbox"/> Terapia ocupacional	<input type="checkbox"/> Terapia física	<input type="checkbox"/> Servicios psicológicos
<input type="checkbox"/> Servicios de relevo	<input type="checkbox"/> Servicios de trabajadora social	<input type="checkbox"/> Coordinación de servicios infantiles
<input type="checkbox"/> Terapia de lenguaje-habla	<input type="checkbox"/> Servicios oftalmológicos	<input type="checkbox"/> Instrucción especial (CBRS)
<input type="checkbox"/> Transporte		

**ADMINISTRADOR DE CASOS DEL PROGRAMA CAP/C**

Nombre/cargo _____		
Nombre de la agencia _____		
<b>Dirección</b>		<b>Dirección postal</b> <input type="checkbox"/> misma dirección
Calle _____	Calle _____	
Ciudad _____	Ciudad _____	
Estado _____ Código postal (Zip) _____ - _____	Estado _____ Código postal (Zip) _____ - _____	
Teléfono (_____) _____ - _____ Fax (_____) _____ - _____		
Correo electrónico _____ @ _____		

**ESCUELA**

- Guardería    Pre-escuela    Antes/después de la escuela    Escuela    Vacaciones/Descanso  
 Estándar    De desarrollo    Medicamente frágil  
 Tradicional    Tradicional modificada    Anual    Anual modificada    Año escolar extendido

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

Nombre/cargo de persona de contacto \_\_\_\_\_

**Dirección**

Calle \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Código postal (Zip) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Dirección postal**    misma dirección

Calle \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Código postal (Zip) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fax (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**ESCUELA**

- Guardería    Pre-escuela    Antes/después de la escuela    Escuela    Vacaciones/Descanso  
 Estándar    De desarrollo    Medicamente frágil  
 Tradicional    Tradicional modificada    Anual    Anual modificada    Año escolar extendido

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

Nombre/cargo de persona de contacto \_\_\_\_\_

**Dirección**

Calle \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Código postal (Zip) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Dirección postal**    misma dirección

Calle \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Código postal (Zip) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fax (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**AGENCIA PROVEEDORA**

<b>Nombre de la agencia</b> _____	
<b>Tipo de agencia</b> <input type="checkbox"/> Enfermería a domicilio <input type="checkbox"/> Casa de reposo <input type="checkbox"/> Infusión casera <input type="checkbox"/> Salud conductual/ <input type="checkbox"/> Atención a domicilio <input type="checkbox"/> Médico independiente <input type="checkbox"/> Equipo médico durable    mental	
<b>Servicios brindados</b> <input type="checkbox"/> Enfermera RN/LPN programada <input type="checkbox"/> Relevo de enfermera RN/LPN <input type="checkbox"/> Visitas de enfermera <input type="checkbox"/> Casa de reposo <input type="checkbox"/> Relevo institucional	<input type="checkbox"/> NA I/NA II programada <input type="checkbox"/> Relevo de NA I/NA II <input type="checkbox"/> Visitas de asistente de enfermería <input type="checkbox"/> Terapia de infusión casera <input type="checkbox"/> Equipo médico durable <input type="checkbox"/> Suministros
<input type="checkbox"/> Terapia física <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional <input type="checkbox"/> Terapia del habla <input type="checkbox"/> Terapia respiratoria <input type="checkbox"/> Servicios de apoyo comunitario <input type="checkbox"/> Servicios de terapia del desarrollo	
<b>Dirección</b> Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal (Zip) _____ - _____	<b>Dirección postal</b> <input type="checkbox"/> misma dirección Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal (Zip) _____ - _____
<b>Nombre/cargo de persona de contacto</b> _____	
<b>Teléfono</b> (_____) _____ - _____	<b>Fax</b> (_____) _____ - _____

**AGENCIA PROVEEDORA**

<b>Nombre de la agencia</b> _____	
<b>Tipo de agencia</b> <input type="checkbox"/> Enfermería a domicilio <input type="checkbox"/> Casa de reposo <input type="checkbox"/> Infusión casera <input type="checkbox"/> Salud conductual/ <input type="checkbox"/> Atención a domicilio <input type="checkbox"/> Médico independiente <input type="checkbox"/> Equipo médico durable    mental	
<b>Servicios brindados</b> <input type="checkbox"/> Enfermera RN/LPN programada <input type="checkbox"/> Relevo de enfermera RN/LPN <input type="checkbox"/> Visitas de enfermera <input type="checkbox"/> Casa de reposo <input type="checkbox"/> Relevo institucional	<input type="checkbox"/> NA I/NA II programada <input type="checkbox"/> Relevo de NA I/NA II <input type="checkbox"/> Visitas de asistente de enfermería <input type="checkbox"/> Terapia de infusión casera <input type="checkbox"/> Equipo médico durable <input type="checkbox"/> Suministros
<input type="checkbox"/> Terapia física <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional <input type="checkbox"/> Terapia del habla <input type="checkbox"/> Terapia respiratoria <input type="checkbox"/> Servicios de apoyo comunitario <input type="checkbox"/> Servicios de terapia del desarrollo	
<b>Dirección</b> Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal (Zip) _____ - _____	<b>Dirección postal</b> <input type="checkbox"/> misma dirección Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal (Zip) _____ - _____
<b>Nombre/cargo de persona de contacto</b> _____	
<b>Teléfono</b> (_____) _____ - _____	<b>Fax</b> (_____) _____ - _____

**AGENCIA PROVEEDORA**

<b>Nombre de la agencia</b> _____	
<b>Tipo de agencia</b> <input type="checkbox"/> Enfermería a domicilio <input type="checkbox"/> Casa de reposo <input type="checkbox"/> Infusión casera <input type="checkbox"/> Salud conductual/ <input type="checkbox"/> Atención a domicilio <input type="checkbox"/> Médico independiente <input type="checkbox"/> Equipo médico durable    mental	
<b>Servicios brindados</b> <input type="checkbox"/> Enfermera RN/LPN programada <input type="checkbox"/> Relevo de enfermera RN/LPN <input type="checkbox"/> Visitas de enfermera <input type="checkbox"/> Casa de reposo <input type="checkbox"/> Relevo institucional	<input type="checkbox"/> NA I/NA II programada <input type="checkbox"/> Relevo de NA I/NA II <input type="checkbox"/> Visitas de asistente de enfermería <input type="checkbox"/> Terapia de infusión casera <input type="checkbox"/> Equipo médico durable <input type="checkbox"/> Suministros  <input type="checkbox"/> Terapia física <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional <input type="checkbox"/> Terapia del habla <input type="checkbox"/> Terapia respiratoria <input type="checkbox"/> Servicios de apoyo comunitario <input type="checkbox"/> Servicios de terapia del desarrollo
<b><u>Dirección</u></b> Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal (Zip) _____ - _____	<b><u>Dirección postal</u></b> <input type="checkbox"/> misma dirección Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal (Zip) _____ - _____
<b>Nombre/cargo de persona de contacto</b> _____	
<b>Teléfono</b> (____) _____ - _____	<b>Fax</b> (____) _____ - _____

**AGENCIA PROVEEDORA**

<b>Nombre de la agencia</b> _____	
<b>Tipo de agencia</b> <input type="checkbox"/> Enfermería a domicilio <input type="checkbox"/> Casa de reposo <input type="checkbox"/> Infusión casera <input type="checkbox"/> Salud conductual/ <input type="checkbox"/> Atención a domicilio <input type="checkbox"/> Médico independiente <input type="checkbox"/> Equipo médico durable    mental	
<b>Servicios brindados</b> <input type="checkbox"/> Enfermera RN/LPN programada <input type="checkbox"/> Relevo de enfermera RN/LPN <input type="checkbox"/> Visitas de enfermera <input type="checkbox"/> Casa de reposo <input type="checkbox"/> Relevo institucional	<input type="checkbox"/> NA I/NA II programada <input type="checkbox"/> Relevo de NA I/NA II <input type="checkbox"/> Visitas de asistente de enfermería <input type="checkbox"/> Terapia de infusión casera <input type="checkbox"/> Equipo médico durable <input type="checkbox"/> Suministros  <input type="checkbox"/> Terapia física <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional <input type="checkbox"/> Terapia del habla <input type="checkbox"/> Terapia respiratoria <input type="checkbox"/> Servicios de apoyo comunitario <input type="checkbox"/> Servicios de terapia del desarrollo
<b><u>Dirección</u></b> Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal (Zip) _____ - _____	<b><u>Dirección postal</u></b> <input type="checkbox"/> misma dirección Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal (Zip) _____ - _____
<b>Nombre/cargo de persona de contacto</b> _____	
<b>Teléfono</b> (____) _____ - _____	<b>Fax</b> (____) _____ - _____

Se puede encontrar información referente a las directivas anticipadas en los siguientes vínculos:

Folleto de directivas anticipadas y decisiones de atención médica (versión condensada, 4 páginas) (828 KB)

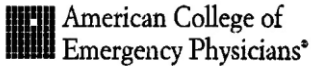
<http://www.ncdhhs.gov/dma/medicaid/AdvancedDirectCondensed.pdf>

Folleto de directivas anticipadas y decisiones de atención médica (versión expandida, 16 páginas) (2 MB)

<http://www.ncdhhs.gov/dma/medicaid/AdvanceDirectExpanded.pdf>

# Formulario de información de emergencia para niños con necesidades especiales

Apellido:



American Academy of Pediatrics



Fecha en que se completó el formulario  
Por quién

Revisado  
Revisado

Iniciales  
Iniciales

<b>Nombre:</b>		<b>Fecha de nac.:</b>	<b>Alias:</b>
<b>Domicilio:</b>		<b>Teléfono de casa/trabajo:</b>	
<b>Padre/Madre/Tutor:</b>		<b>Nombre y relación de contacto de emergencia:</b>	
<b>Firma/Consentimiento*:</b>			
<b>Idioma materno:</b>		<b>Número(s) de teléfono:</b>	
<b>Médicos:</b>			
<b>Médico de cabecera:</b>		<b>Teléfono de emergencia:</b>	
		<b>Fax:</b>	
<b>Médico de especialidad actual:</b>		<b>Teléfono de emergencia:</b>	
<b>Especialidad:</b>		<b>Fax:</b>	
<b>Médico de especialidad actual:</b>		<b>Teléfono de emergencia:</b>	
<b>Especialidad:</b>		<b>Fax:</b>	
<b>Departamento de emergencias principal anticipado:</b>		<b>Farmacia:</b>	
<b>Centro de atención de especialidades anticipado:</b>			

<b>Diagnóstico/Procedimientos pasados/Examen físico:</b>	
1.	<b>Hallazgos físicos iniciales:</b>
2.	
3.	<b>Signos vitales iniciales:</b>
4.	
<b>Síntesis:</b>	<b>Estado neurológico inicial:</b>

\*Consentimiento para la divulgación de este formulario a los proveedores de atención médica

<b>Diagnóstico/Procedimientos pasados/Examen físico continúa:</b>	
<b>Medicamentos:</b>	<b>Hallazgos secundarios iniciales significativos (lab, rayos X, electrocardiograma):</b>
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	<b>Prótesis/Aparatos/Dispositivos de tecnología de avanzada:</b>
5. _____	_____
6. _____	_____

<b>Información de administración:</b>	
<b>Alergias: Medicamentos/Alimentos a evitarse</b>	<b>y por qué:</b>
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
<b>Procedimientos a evitarse</b>	<b>y por qué:</b>
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____

<b>Vacunas</b>									
<b>Fechas</b>									
DPT									
OPV									
MMR									
HIB									

Profilaxis antibiótica:

Indicación:

Medicamento y dosis:

<b>Hallazgos/Problemas comunes que se presentan con manejos específicos sugeridos</b>		
<b>Problema</b>	<b>Estudios de diagnóstico sugeridos</b>	<b>Consideraciones de tratamiento</b>

<b>Comentarios acerca del/la niño(a), la familia u otros problemas médicos específicos:</b>	
<b>Firma del proveedor/médico:</b>	<b>Nombre en letra imprenta:</b>

## Sección seis

### Formularios útiles

En esta sección encontrará varias herramientas para ayudarlo a usted, a su administrador de casos, a sus médicos y a otros proveedores a hacer seguimiento de las necesidades de atención y salud de su hijo(a).

- Calendario
- Registro de eventos
- Cosas que debo discutir con mi administrador de casos
- Registro de citas con el doctor
- Vacunas
- Registro de crecimiento
- Lista de problemas/diagnósticos
- Lista de medicamentos



# CALENDARIO - DIARIO/HORARIO DIARIO

Utilice este calendario para hacer seguimiento de sus citas con los doctores de su hijo(a) y con su administrador de casos, para hacer seguimiento a los cambios que necesita hacer en el horario de su enfermera o asistente de enfermería y cualquier otra cosa para la cual lo necesite.

Fecha \_\_\_\_\_

7 a.m.	
8 a.m.	
9 a.m.	
10 a.m.	
11 a.m.	
12 p.m.	
1 p.m.	
2 p.m.	
3 p.m.	
4 p.m.	
5 p.m.	
6 p.m.	
7 p.m.	
8 p.m.	
9 p.m.	
10 p.m.	
11 p.m.	
12 a.m.	
1 a.m.	
2 a.m.	
3 a.m.	
4 a.m.	
5 a.m.	
6 a.m.	



## COSAS QUE DEBO DISCUTIR CON MI ADMINISTRADOR DE CASOS

### LA SALUD DE MI HIJO(A)

- Mi hijo(a) ha ido al doctor, la sala de emergencias o al hospital.
- Mi hijo(a) tiene las siguientes citas o pruebas venideras: \_\_\_\_\_.
- La condición general de mi hijo(a) parece estar mejorando o empeorando.
- Algo ha cambiado respecto a la medicina, dieta o tratamiento de mi hijo(a).

### COORDINACIÓN DE LOS SERVICIOS DE MI HIJO(A)

- Mi hijo(a) tiene una reunión del Programa Educativo Individualizado (IEP) próximamente o necesito ayuda con temas que involucran a la escuela.
- Necesito ayuda con temas que involucran las terapias de mi hijo(a).
- Necesito ayuda para ubicar o solicitar recursos comunitarios.
- Necesito ayuda con temas que involucran a la agencia de mi enfermera o asistente de enfermería.
- Necesito ayuda con temas que involucran a mi empresa de equipos/suministros médicos.

### EQUIPOS DE MI HIJO(A)

- Mi hijo(a) ha recibido los siguientes equipos nuevos \_\_\_\_\_.
- Mi hijo(a) necesita los siguientes equipos \_\_\_\_\_.
- Estoy recibiendo demasiado o muy poco de \_\_\_\_\_.

### MI FAMILIA

- Ha habido un cambio en la custodia, las visitas o la tutoría.
- Mi horario de trabajo o el de otra persona adulta a cargo ha cambiado.
- El horario escolar de mi hijo(a) ha cambiado.
- Ha habido un cambio en mi sistema de apoyo informal.
- Yo o alguien en mi sistema de apoyo necesita capacitación sobre \_\_\_\_\_.

### CUIDADO EN EL HOGAR

- Me preocupa mi enfermera o asistente de enfermería o la agencia para la que trabaja.
- Tengo problemas para conseguir personal; la agencia frecuentemente no tiene a alguien o la trabajadora no viene.
- Necesito cambiar temporal/permanentemente mi horario de enfermería o de asistente de enfermería porque \_\_\_\_\_.

INFORMACIÓN DE SEGURO

Algo ha cambiado con el seguro privado de mi hijo(a) o Medicaid, o he recibido una nueva tarjeta (muestre la tarjeta al administrador de casos).

OTRO

---

---

---

---

¿Qué es lo más importante que aprendí durante esta cita?

---

---

---

---

¿Qué necesito hacer?

---

---

---

---

¿Por qué es importante que haga esto?

---

---

---

---

# CITA CON EL DOCTOR

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del doctor \_\_\_\_\_

Tipo de doctor (pediatra, neurólogo, cardiólogo....) \_\_\_\_\_

Cita de rutina

Cita fijada debido a que \_\_\_\_\_

¿Qué es lo más importante que aprendí durante esta cita?

---

---

---

---

¿Qué necesito hacer?

---

---

---

---

¿Por qué es importante que haga esto?

---

---

---

---

Nuestra siguiente cita con este doctor es \_\_\_\_\_.

# VACUNAS

	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
HEPATITIS B						
DIFTERIA/PERTUSSIS/ TÉTANO						
REFUERZOS						
HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B						
POLIO						
SARAMPIÓN/PAPERAS/ RUBÉOLA						
VARICELA						
ROTAVIRUS						
PREVENAR						
ANTIMENINGOCÓCICA						
HEPATITIS A						
PVH						
SYNAGIS 1er AÑO						
SYNAGIS 2do AÑO						
INFLUENZA						
OTRO						





