

# **MANUAL DEL CLIENTE**

## **Programa de Servicios para Niños con Necesidades Especiales de Salud**



## Contenido

¿En qué consiste el Programa de Servicios CSHCN? .....	3
Datos de contacto .....	4
Servicios del Programa .....	5
Limitaciones de los servicios del programa .....	10
El Aviso de Elegibilidad del Programa de Servicios CSHCN .....	10
Cómo permanecer en el Programa de Servicios CSHCN .....	11
Derechos y responsabilidades .....	13
Cambios de su dirección o situación personal .....	17
Reglas y procedimientos del Programa de Servicios CSHCN .....	18
¿Quién forma parte del Programa de Servicios CSHCN? .....	20
Dónde obtener ayuda e información .....	22
Planificación de emergencias y desastres para niños con necesidades especiales de salud ...	23
Formulario de Información para Emergencias .....	23
Texas Medicaid & Healthcare Partnership (TMHP) .....	24

## ¿En qué consiste el Programa de Servicios CSHCN?



El Programa de Servicios para Niños con Necesidades Especiales (CSHCN, por sus siglas en inglés) brinda asistencia con el fin de que los niños con necesidades especiales de salud así como los individuos con fibrosis quística mejoren su salud, su bienestar y su calidad de vida. El Programa costea el tratamiento y el equipo médico para los niños con necesidades especiales que reúnan los requisitos del Programa, desde que nacen hasta los 21 años de edad, y para las personas de cualquier edad que tienen fibrosis quística. Se les presta servicios de atención médica

y de apoyo como el cuidado de relevo (cuidado por otros). Los clientes y las familias también pueden obtener servicios como la administración de casos, la cual puede ayudarles a encontrar otros servicios necesarios.

El Programa se enfoca en las familias y ayuda a los padres y a los proveedores a trabajar juntos. El Programa trabaja arduamente para asegurar que las familias reciban servicios que honren y respeten sus creencias, tradiciones y valores culturales.

## Nuestra misión

La misión del Programa de Servicios CSHCN es fomentar estrategias integrales, accesibles y basadas en la comunidad que se centren en la familia y para mejorar la calidad de vida de los niños con necesidades especiales de salud igual que la de sus familias.

## **Datos de contacto**

### **Por teléfono:**

La línea de atención del Programa es 1-800-252-8023 (llamada es gratis en Texas).

### **Por correo electrónico:**

Envíe sus correos electrónicos a [cshcn@dshs.state.tx.us](mailto:cshcn@dshs.state.tx.us).

### **Por correo:**

CSHCN Services Program  
Specialty Health Care Services, MC 1938  
PO Box 149347  
Austin, TX 78714-9347

### **Dirección física:**

*Sólo recibimos entregas especiales de servicios como UPS o Federal Express en este domicilio.*

CSHCN Services Program  
Specialty Health Care Services, MC 1938  
1100 West 49th Street  
Austin, TX 78756

### **Sitio web:**

[www.dshs.state.tx.us/cshcn/default-span.shtm](http://www.dshs.state.tx.us/cshcn/default-span.shtm).

## Servicios del Programa

El Programa de Servicios CSHCN ofrece muchos tipos de servicios, a saber:

- Ambulancia
- Cirugía ambulatoria
- Atención de médicos especialistas
- Servicios de salud dental
- Equipo y artículos médicos
- Servicios de apoyo para la familia
- Servicios de enfermería en el hogar
- Cuidado paliativo
- Atención hospitalaria
- Rehabilitación como paciente hospitalizado
- Asistencia con Pagos de Primas del Seguro (IPPA, por sus siglas en inglés)
- Laboratorio y radiología
- Comida, hospedaje y transporte cuando sean necesarios para obtener atención médica
- Medicamentos
- Servicios de salud mental
- Servicios de ortopedia y prótesis
- Atención como paciente ambulatorio (incluyendo servicios de diálisis renal)
- Terapia física y ocupacional
- Atención primaria y preventiva
- Servicios y productos especiales de nutrición
- Servicios del habla y del oído
- Servicios para la vista

Debe acudir a proveedores inscritos en nuestro programa (hospitales, doctores, asistentes sociales, entre otros) para evitar que se le cobren por los servicios prestados.

A usted no le deben cobrar ningún servicio cubierto por el programa. Sin embargo, el Programa es el “pagador de último recurso”, lo cual significa que si usted cuenta con otra cobertura médica (por ejemplo, seguro médico), dichas prestaciones debe utilizarse y agotarse antes de que nuestro programa pueda costear servicios. Por favor consulte la página 18 para más información sobre otras coberturas médicas.

### Atención primaria y preventiva

La atención primaria y preventiva es la atención que usted obtiene del doctor que lo atiende habitualmente. Incluye los exámenes periódicos y le ayuda a mantenerse lo más sano posible.

Para encontrar un doctor de cabecera que esté inscrito en el Programa, puede llamar gratis al **1-877-888-2350** o visite <http://opl.tmhp.com/ProviderManager/AdvSearch.aspx>.

Si su doctor no está en la lista de proveedores del Programa, usted puede pedirle que se una al mismo. Dígame a su doctor u otro proveedor que llame al Centro de Contacto de TMHP-Programa de Servicios CSHCN al **1-800-568-2413**.

## Especialistas

Los especialistas son doctores que tratan una parte del cuerpo o un tipo de problema en particular. En muchas ocasiones, los niños con necesidades especiales de salud necesitan uno o más de un especialista. Los servicios de atención médica del Programa incluyen la atención de especialistas que sea necesaria. No necesita que su doctor de cabecera lo remita a un médico especialista.

Para buscar especialistas inscritos en nuestro programa llame gratis al **1-877-888-2350** o visite <http://opl.tmhp.com/ProviderManager/AdvSearch.aspx>.

## Otros servicios médicos

El Programa de Servicios CSHCN también cubre cirugía y rehabilitación. Si estos servicios y otros estén cubiertos o no depende de su caso particular. La cobertura para algunos servicios es limitada.

Para buscar proveedores inscritos en nuestro programa llame gratis al **1-877-888-2350** o visite

<http://opl.tmhp.com/ProviderManager/AdvSearch.aspx>.

## Medicamentos

Si la única cobertura para medicamentos que usted tiene es del Programa de Servicios CSHCN, el Programa paga sus medicamentos en las farmacias inscritas en el Programa. Para buscar la farmacia más cercana o para verificar que una farmacia esté inscrita en nuestro programa, llámenos gratis al **1-800-252-8023**, o bien visite [www.txvendordrug.com/providers/cshcn-pharm-search.shtml](http://www.txvendordrug.com/providers/cshcn-pharm-search.shtml).

Si usted tiene un seguro privado que cubra medicamentos, pararía primero la cantidad correspondiente del costo de sus medicamentos. Solo entonces el farmacéutico puede cobrar al Programa de Servicios CSHCN la cantidad que la compañía de seguros no pagó. Para ello, debe presentarle al farmacéutico la carta que le hemos enviado con el número de cliente puesto que se detalla la información que la farmacia necesita para cobrarnos. La farmacia puede comunicarse con nosotros al **1-800-252-8023** en caso de necesitar asistencia. Usted no es responsable de copagos siempre y cuando primero se le cobre a su seguro médico y luego a nuestro programa.

El Programa no le reembolsa copagos si tiene cobertura del Programa de seguro médico para niños (CHIP).

## Programa de Transporte Médico (MTP, por sus siglas en inglés)

Si no le es posible acudir a sus citas de atención médica, el Programa de Servicios para Niños con Necesidades Especiales de Salud (CSHCN, por sus siglas en inglés) lo puede ayudar. El sitio a donde debe llamar para pedir su traslado dependerá del área en de residencia:

### Houston-Beaumont

La compañía Medical Transportation Management (MTM) presta servicios de transporte médico en los siguientes condados: Austin, Brazoria, Chambers, Fort Bend, Galveston, Hardin, Harris, Jasper, Jefferson, Liberty, Matagorda, Montgomery, Newton, Orange, Polk, San Jacinto, Tyler, Walker, Waller y Wharton. Llame gratis a MTM al **1-855-687-4786** para tramitar su traslado.

## **Dallas-Fort Worth**

La compañía LogisticCare presta servicios de transporte médico en los siguientes condados: Collin, Dallas, Denton, Ellis, Hood, Hunt, Johnson, Kaufman, Navarro, Parker, Rockwall, Tarrant y Wise. Llame gratis a LogistiCare al **1-855-687-3255** para tramitar su traslado.

## **Resto de Texas**

La Organización de Transporte Médico (en inglés *Medical Transportation Organization* MTO) presta sus servicios en el resto de Texas. Llame gratis al Programa de Transporte Médico al **1-877-MED-TRIP (1-877-633-8747)** para tramitar su traslado. Durante la llamada, se le pedirá que oprima el código postal y el número de identificación del cliente para remitir la llamada a la organización adecuada según su ubicación.

## **Servicios y transporte fuera de Texas**

### **Dentro de 50 millas o menos del límite de Texas**

Los proveedores que están ubicados en Estados Unidos y que están a una distancia de 50 millas o menos del límite de Texas *no* se consideran proveedores de otro estado. Si resulta más caro o es más riesgoso en términos médicos consultar a un proveedor en Texas que a uno dentro de una distancia de 50 millas del límite de Texas (en Nuevo México, Oklahoma, Arkansas o Luisiana), el Programa tal vez cubra los gastos del servicio. El proveedor debe estar inscrito en el Programa. Los proveedores pueden llamar al Centro de Contacto de TMHP-Programa de Servicios para CSHCN al **1-800-568-2413** para inscribirse.

El Programa quizás pueda cubrir sus gastos de transporte, comidas y alojamiento de ida y vuelta al lugar donde recibe estos servicios. Si es necesario, estos gastos puedan estar cubiertos para un adulto responsable que deba acompañarlo.

Comuníquese con la oficina local del Programa o con la oficina central del Programa de Servicios CSHCN al **1-800-252-8023** para más información.

### **Más de 50 millas fuera del límite de Texas**

Los proveedores que están ubicados en Estados Unidos, pero a más de 50 millas del límite de Texas se consideran proveedores de otro estado. El Programa tiene que aprobar los servicios de proveedores de otro estado de antemano. El proveedor de otro estado debe estar inscrito como proveedor del Programa de Servicios CSHCN. Los proveedores pueden llamar al Centro de Contacto de TMHP-Programa de Servicios CSHCN al **1-800-568-2413** para inscribirse.

El Programa tal vez cubra los servicios ofrecidos por proveedores de otro estado si el doctor, el cliente, el padre o tutor y la Directora Médico del Programa de Servicios CSHCN están de acuerdo en que:

- Un proveedor de otro estado es el proveedor elegido por la calidad de su atención.
- El mismo tratamiento u otro tratamiento con los mismos costos o beneficios no está disponible en Texas.
- El tratamiento en otro estado disminuirá el costo del tratamiento del cliente para el Programa.
- El tratamiento en otro estado es una práctica médica aceptada.
- El tratamiento que se hará en otro estado se espera mejore la calidad de vida del cliente.

El Programa tal vez cubra sus gastos de transporte, alimentos y alojamiento de ida y vuelta al lugar donde recibe servicios fuera del estado que el Programa haya aprobado. Si

es necesario, estos gastos puedan estar cubiertos para un adulto responsable que deba acompañarlo. Los gastos de viaje se negocian para encontrar el costo total más económico.

Los requisitos y procedimientos de autorización normales no se aplican a servicios en otros estados porque estos servicios necesitan una aprobación especial del Programa de Servicios CSHCN.

### **Fuera de los Estados Unidos de Norteamérica**

El Programa no cubre los servicios recibidos fuera de la frontera de Estados Unidos.

### **Programa de Asistencia con el Pago de Primas de Seguro (IPPA, por sus siglas en inglés)**

El programa IPPA permite que el Programa de Servicios CSHCN le reembolse el pago de las primas de su seguro médico. Para ello, deberá reunir los requisitos de admisión al Programa de Servicios CSHCN y contar con prestaciones médicas de cualquier programa de recursos de terceros, o bien por medio de Medicare o Medicaid Buy-In for Children (MBIC, por sus siglas en inglés o, en español, Medicaid Buy-In para Niños).

Nótese que el reembolso no abarca las tarifas de CHIP.

En caso de que se le autorice el reembolso, el Programa de Servicios CSHCN se pondrá en contacto con usted. De modo que no tendrá que solicitarlo. También es posible contar con IPPA si su tratamiento médico costara más de lo que costaría reembolsarle las primas de su seguro médico.

Asimismo, Texas Medicaid & Healthcare Partnership (TMHP) se pondrá en contacto con respecto a IPPA. Si lo aprueban, el personal de TMHP y de IPPA colaborará con usted para establecer el proceso del reembolso, por el cual usted tendrá que pagar las primas y luego el programa lo reembolsará.

Su participación en IPPA se revisa anualmente. Si dejara de reunir las condiciones de admisión del Programa de Servicios CSHCN, también perdería la admisión al programa IPPA.

### **Servicios de Apoyo Familiar**

Los Servicios de Apoyo para la Familia (FSS, por sus siglas en inglés) pueden ayudar a las familias a atender a clientes con necesidades especiales de salud. FSS también puede ayudar al cliente a ser más independiente y más capaz de participar en la vida familiar y en las actividades comunitarias. Algunos ejemplos de FSS son el cuidado de relevo, las modificaciones menores al hogar y las plataformas elevadoras para vehículos.

FSS incluye, entre otros, los siguientes servicios:

- **Cuidado de relevo**—Es el cuidado que ofrecen otras personas. Permite a las personas que habitualmente cuidan al cliente tomar un pequeño descanso.
- **Gastos de cuidado de niños especializado**—Son los gastos que sobrepasan y van más allá de los gastos del cuidado de niños típico. Tienen que estar relacionados con la discapacidad del niño o su padecimiento médico.
- **Modificaciones al vehículo**—Cubre los mecanismos elevadores para sillas de ruedas y modificaciones relacionadas, como anclajes para sillas de ruedas, techos elevados y controles manuales.
- **Modificaciones al hogar**—Cubre rampas permanentes, duchas para sillas de ruedas, entradas más anchas en el hogar y otras modificaciones similares.

- **Otro equipo especial no incluido en el plan de seguro médico del cliente**—Incluye plataformas elevadoras para porches o escaleras, equipo para cambiar de posición y ayudas para el baño.

**Los fondos son limitados y no siempre están disponibles.** El costo total de los FSS no ha de superar los \$3,600 dólares por año calendario por cliente. Se pueden hacer algunas excepciones en caso de las modificaciones vehiculares las cuales pudieran alcanzar un máximo de \$7,200 dólares una única vez. En el caso de las modificaciones al hogar, se puede optar por elegir combinar la prestación anual de \$3,600 dólares con la prestación única y exclusiva de \$3,600 dólares por un total de \$7,200 dólares.

**Los Servicios de Apoyo Familiar están sujetos a previa autorización.** Es decir, el Programa debe cerciorarse de que cada cliente es elegible para cada servicio solicitado antes de autorizarlo.

Para más información, comuníquese con su administrador de casos en la oficina local de servicios de salud o llame a la oficina central al **1-800-252-8023**. La llamada es gratis en Texas.

### **Administración de casos**

El Programa ofrece servicios de administración de casos a todos los clientes que reciben servicios de atención médica, clientes que están en la lista de espera del Programa, y otros miembros de la comunidad. La administración de casos es una manera de ayudarlo a encontrar y recibir los servicios que necesita. Para saber más sobre la administración de casos y cómo puede ayudarlo, consulte la página 19.

### **Inmunizaciones**

Todas las inmunizaciones infantiles están cubiertas por el Programa. Las inmunizaciones, o vacunas, son una excelente manera de proteger a la gente contra enfermedades graves. Vacunarse a tiempo puede prevenir que padezca esas enfermedades. Es muy importante seguir el calendario correcto de vacunación. Pregunte a su proveedor de atención primaria cuándo debe vacunarse.

Puede obtener una copia del calendario de inmunización en el sitio web de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) en [www.cdc.gov/spanish/inmunizacion/index.html](http://www.cdc.gov/spanish/inmunizacion/index.html). Puede obtener información sobre vacunas específicas del Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (*Texas Department of State Health Services*) en [www.immunizetexas.com](http://www.immunizetexas.com) o del sitio web de CDC en <http://www.cdc.gov/spanish/inmunizacion/index.html>.

Averigüe en el departamento de salud del condado local dónde puede vacunarse. También puede llamar al **2-1-1** para encontrar la clínica que le quede más cerca. Esta llamada es gratis en Texas.

#### **Cómo obtener una copia del registro de vacunación de un niño**

Llame al departamento de salud local para obtener una copia del registro de vacunación de un niño si usted aceptó que los registros fueran enviados a ImmTrac, el Registro de Inmunización de Texas.

Si no aceptó que los registros fueran enviados a ImmTrac, comuníquese con su doctor o con la clínica local del departamento de salud donde se recibieron las inmunizaciones. Puede llamar al **2-1-1** para encontrar la clínica que le quede más cerca.

Los registros de inmunización *no se pueden* ver en línea (en Internet).

#### **Cómo obtener una copia del registro de vacunación de un adulto**



Para obtener una copia del registro de vacunación de un adulto, comuníquese con el departamento de salud local o al consultorio del doctor donde recibió las vacunas.

## **Limitaciones de los servicios del programa**

Los servicios médicos deben ser médicamente necesarios para el cuidado y tratamiento de un cliente que reúne los requisitos para el Programa y que tiene una enfermedad crónica física o del desarrollo.

El proveedor debe recomendar los servicios médicos de acuerdo con su licencia y con todas las leyes, reglas y políticas que se apliquen al Programa de Servicios CSHCN.

El Programa sólo paga los servicios brindados por proveedores inscritos en el Programa de Servicios para

CSHCN. Si usted conoce a un proveedor y quiere que este participe en el Programa de Servicios CSHCN, pídale que llame al Centro de Contacto de TMHP- Programa de Servicios CSHCN al **1-800-568-2413**. (Llamada es gratis en Texas).

## **Cartas del Programa**

El Programa de Servicios CSHCN le envía cartas cuando tiene algo importante que preguntarle o decirle. Por ejemplo, es posible que reciba una carta que solicite más información sobre una solicitud, comprobante o formulario que haya enviado al Programa. Lea todas las cartas con atención y respóndalas antes de las fechas de vencimiento indicadas. Si usted no responde la carta antes de la fecha de vencimiento o si no la contesta en absoluto, puede perder su elegibilidad o tener problemas al renovar su solicitud.

Las cartas del Programa siempre tienen un número de teléfono para llamar si tiene dudas. El personal del Programa siempre atiende sus llamadas con gusto y hace todo lo que puede por ayudarle. La persona que administra su caso también puede ayudarle con cualquier pregunta que tenga sobre nuestras cartas. Sírvase tener la carta a mano cuando hable con el personal del Programa o con un administrador de casos.

## **Encuestas del Programa**

De vez en cuando podría recibir encuestas del Programa. Por favor responda cualquier encuesta que reciba y devuélvala al Programa lo antes posible. Ésta es una manera importante para que usted comparta sus opiniones respecto al Programa y ayude a mejorar el Programa para todos los que participan en él.

## **El Aviso de Elegibilidad del Programa de Servicios CSHCN**

Usted puede comenzar a recibir los servicios de atención médica que ofrece el Programa cuando recibe el Aviso de Elegibilidad para el Programa de Servicios CSHCN. A veces se le conoce como "tarjeta de elegibilidad" o "tarjeta de identificación", pero no es una tarjeta. Es una hoja tamaño carta color gris con el nombre del cliente, el número de cliente, las fechas de elegibilidad y otra información sobre la elegibilidad. (No es un formulario que tenga que rellenar). El aviso contiene:

1. El nombre del cliente del Programa de Servicios CSHCN.
2. Las fechas en que el cliente tiene derecho a recibir servicios de atención médica (Recuerde que la fecha aparece con el mes primero. Por ejemplo, el 5/10/07 significa el día 10 del mes 5 de 2007, o sea el 10 de mayo de 2007).

Hay algunas cosas importantes que usted debe recordar acerca del Aviso de Elegibilidad y

de su elegibilidad, por ejemplo, debe mostrarlo a su proveedor de salud siempre que reciba servicios de atención médica. Asegúrese de llevarlo consigo a todas sus citas. Asimismo, conozca bien su fecha de elegibilidad. Sólo puede recibir servicios de atención médica cuando está vigente su elegibilidad para el Programa. Cuando se venza el período de elegibilidad, ya no tendrá la cobertura del Programa. Para continuar recibiendo servicios de atención médica, tiene que renovar la solicitud cada doce meses y cada vez reunir los requisitos necesarios. Es muy importante renovar su solicitud a tiempo. Cada vez que el Programa decida que usted reúne los requisitos para recibir servicios de atención médica, le enviará otra carta de elegibilidad y otro Formulario de Elegibilidad para el Programa de Servicios CSHCN. Siempre utilice el aviso más reciente.

## **Cómo permanecer en el Programa de Servicios CSHCN**

### **Renueve la solicitud cada 12 meses**

**Es su responsabilidad renovar la solicitud cada 12 meses para permanecer en el Programa de Servicios CSHCN.** Esto es así tanto si es un cliente que recibe servicios de atención médica como si está en la lista de espera.

### **Envíe la solicitud de renovación 60 días o menos antes de que termine su período de elegibilidad**

Usted debe enviar su solicitud de renovación 60 días o menos antes de que termine su período de elegibilidad. No la envíe más de 60 días antes de que termine su período de elegibilidad. Es muy importante saber cuándo comienza y cuándo termina su período de renovación. Si es un cliente que recibe servicios de atención médica, la fecha calendario del día 60 antes de que termine período de elegibilidad está anotado en su *Aviso de Elegibilidad*. El formulario indica la fecha en que inicia y la fecha en que finalizan las prestaciones de salud.

Si es un cliente que está en la lista de espera, no recibirá un formulario de elegibilidad que muestre el día 60 antes de que termine su período de elegibilidad. Sólo aparece en la carta el día que termina su período de elegibilidad financiera. Usted tiene que calcular el día 60 antes de que termine su período de elegibilidad. Por ejemplo, si su período de elegibilidad financiera es de abril a abril, el día 60 antes de que termine su período de elegibilidad es en febrero. Febrero sería lo más temprano que el Programa podría aceptar su solicitud de renovación. Pregunte la fecha exacta a la persona que administra su caso.

Si usted envía la solicitud de renovación antes de los 60 días anteriores de que termine su período de elegibilidad, el Programa de Servicios CSHCN no podrá aceptarla y se la devolverá. Usted deberá volverla a enviar durante el período de renovación correcto.

### **Actualice su información médica cada 12 meses en el PAF**

Usted también necesita actualizar su información médica cada doce meses. El Programa de Servicios CSHCN utiliza el Formulario de Evaluación del Médico/Dentista (PAF por sus siglas en inglés) para juntar su información médica. El Programa le dirá cuándo debe enviar un nuevo PAF. Aunque el PAF está en todos los paquetes de solicitud, sólo tiene que enviarlo cuando se le notifica que es necesario. También debería enviar un nuevo PAF si su estado de salud actual se agrava o si tiene una nueva enfermedad.

Su doctor o dentista (alguien que tenga un título de Doctor en Medicina, Osteopatía, Odontología o Cirugía Dental) tiene que rellenar y firmar el PAF. (Estos profesionales

llevarán las siglas MD, DO, DMD, o DDS después del nombre). Un enfermero o un auxiliar médico no puede firmar este formulario. Si actualmente usted reúne los requisitos necesarios para recibir servicios de atención médica, los proveedores de CSHCN no pueden cobrarle por firmar o rellenar este formulario ni ningún otro formulario del Programa de Servicios CSHCN.

El Programa también puede utilizar otra información médica que envíe usted o un trabajador de casos. El Programa puede ofrecerle mejores servicios si sabe todo sobre su condición.

## **Cómo obtener un Folleto de Solicitud del Programa de Servicios CSHCN**

Si no recibe una copia del Folleto de Solicitud del Programa de Servicios CSHCN por correo, puede:

- Recogerlo en persona en la oficina local del Programa de Servicios CSHCN.
- Descargarlo de <http://www.dshs.state.tx.us/cshcn/clapforms-span.shtm> en el sitio web de DSHS.
- Llamar a la oficina central del Programa al **1-800-252-8023** para solicitar una copia.
- Solicitarlo por fax al **1-512-776-7565** o al **1-800-441-5133**.
- Solicitarlo por correo a:

CSHCN Services Program  
Specialty Health Care Services, MC 1938  
PO Box 149347  
Austin, TX 78714-9347

## **Guarde el Folleto de Solicitud**

Después de que haya llenado y desprendido los formularios para renovar su solicitud, asegúrese de guardar el resto del folleto. La mayoría de la información útil del folleto no aparece en este manual. Tanto el folleto como el manual tienen información importante que usted necesita.

## **El paquete de renovación**

El Programa le envía un paquete de renovación cuando es el momento de renovar su solicitud. El paquete incluye una carta que le dice qué hacer y una copia en blanco del Folleto de Solicitud del Programa de Servicios CSHCN. Si usted no recibe un paquete alrededor de 60 días antes de que termine su período de elegibilidad, llame a la oficina central del Programa al **1-800-252-8023**. La llamada es gratis en Texas. Usted también puede descargar el folleto de solicitud del sitio web de DSHS en [www.dshs.state.tx.us/cshcn/pdf/appspani.pdf](http://www.dshs.state.tx.us/cshcn/pdf/appspani.pdf).

Para renovar su solicitud, tiene que rellenar y enviar los formularios del Folleto de Solicitud del Programa de Servicios CSHCN. Lea las instrucciones con atención. Cada vez que renueve su solicitud, tiene que presentar un comprobante de dónde vive, de su ingreso actual y de otra cobertura de seguro médico, incluyendo la cobertura de Medicaid o CHIP. Necesita enviar un nuevo Formulario de Evaluación del Médico / Dentista (PAF) cada 12 meses. La carta que recibe en el paquete de solicitud de renovación incluye los plazos para el PAF.

**Si es un cliente que necesita solicitar Medicaid o CHIP (es decir, usted es menor de 19 años de edad y es ciudadano o un residente legal de EE.UU.) y ha solicitado Medicaid o CHIP en los últimos doce meses, también debe incluir con su solicitud**

**una copia de la carta de resolución más reciente de Medicaid o CHIP. Si no ha solicitado Medicaid o CHIP en los últimos doce meses, debe solicitar Medicaid o CHIP.** Visite [www.chipmedicaid.org](http://www.chipmedicaid.org) para descargar una solicitud.

No necesita enviar un comprobante de su fecha de nacimiento con las solicitudes de renovación.

**No deje que venza el plazo para mandar su solicitud de renovación.** Si el fin de su período de elegibilidad está cerca y tiene dificultades para obtener todos los comprobantes necesarios u otra información, sólo envíe los formularios de solicitud que haya rellenado. Luego, envíe lo demás cuanto antes.

**Si usted no renueva su solicitud a tiempo, su nombre será borrado del Programa de Servicios CSHCN.** Si quiere regresar al Programa, tiene que presentar otra solicitud. Si se determina que usted sigue reuniendo los requisitos cuando envíe su nueva solicitud, se le colocará en la lista de espera como un cliente nuevo que nunca ha estado en la lista de espera ni en el Programa. Recuerde, el tiempo que un cliente lleva en la lista de espera es una de las cosas que el Programa tiene en cuenta cuando decide a quién quitar de la lista de espera e inscribir en el Programa para recibir servicios de atención médica. Siempre es mejor para usted enviar su solicitud de renovación a tiempo.

**Nota importante:** *Escriba el nombre del cliente, fecha de nacimiento y el número de identificación del cliente en todos los comprobantes, formularios o cartas que envíe al Programa. Siempre debe sacar copias de todo lo que envía al Programa y guardarlas para sus archivos.*

## **Derechos y responsabilidades**

Usted tiene ciertos derechos y responsabilidades básicos como persona que recibe atención médica. También tiene ciertos derechos y responsabilidades como cliente del Programa de Servicios CSHCN.

### **Sus derechos y responsabilidades básicos**

#### **Derechos principales**

Tiene el derecho a:

- Tomar decisiones personales sobre su tratamiento.
- Hacer preguntas y obtener respuestas sobre todo lo que no entienda.
- Que los proveedores le expliquen sus necesidades de atención médica y hablen con usted sobre las diferentes maneras en que se pueden tratar sus problemas de salud.
- Saber por qué no se le brindó atención o servicios.
- Aceptar o rechazar el tratamiento.
- Participar activamente en las decisiones sobre el tratamiento.

#### **Responsabilidades principales**

- Tiene la responsabilidad de:
- Siempre comunicarse primero con su proveedor de atención primaria para las necesidades médicas que no sean de emergencia.
- Entender cuándo debería y no debería ir a la sala de emergencias.
- Participar de manera activa en las decisiones sobre las opciones de su tratamiento.
- Trabajar con su proveedor para decidir la mejor opción para su atención médica.
- Entender cómo las cosas que hace pueden afectar su salud.

- Hacer lo posible para mantenerse sano.
- Tratar con respeto a los proveedores y personal.
- Compartir información sobre su salud y hablar sobre las opciones de tratamiento con sus proveedores. Esto incluye su responsabilidad de:
  - Hablar con su proveedor sobre su salud.
  - Hablar con sus proveedores sobre sus necesidades de atención médica.
  - Preguntar sobre las distintas maneras en que se pueden tratar sus problemas de salud.

## **Sus derechos y responsabilidades con el Programa de Servicios CSHCN**

Tiene ciertos derechos y responsabilidades dentro del Programa de Servicios CSHCN. Dichos derechos y responsabilidades se enumeran en el formulario de Derechos y Responsabilidades que usted firmó cuando solicitó el Programa. Cada vez que renueve su solicitud tiene que firmar y enviar el Formulario de Derechos y Responsabilidades del Programa de Servicios CSHCN. La siguiente sección enumera esos derechos y responsabilidades.

### **El Formulario de Derechos y Responsabilidades del Programa de Servicios CSHCN**

Al firmar el Formulario de Derechos y Responsabilidades del Programa de Servicios CSHCN usted indica que:

- Comprende lo que dice el folleto.
- Comprende que "CSHCN" es el Programa de Servicios para Niños con Necesidades Especiales de Salud (CSHCN) de la Comisión de Servicios Humanos y de Salud.
- Ha leído todo el documento.
- Comprende todo el documento.
- Está de acuerdo en cumplir con los términos establecidos en el documento.
- Todo lo que ha escrito en todos los formularios para solicitar el Programa de Servicios CSHCN es verdadero, correcto y completo.
- No ha dejado sin contestar nada de lo que se le pregunta en los formularios.
- Comprende que si oculta algún hecho o brinda información que no es verdadera, puede estar cometiendo un acto ilegal y podría sufrir consecuencias por dichos actos.

#### **Estos son sus derechos:**

- Comprendo que tengo el derecho a saber toda la información que el Programa de Servicios CSHCN recopila sobre mi persona.
- Comprendo que si solicito esta información, tengo el derecho a recibirla.
- Tengo el derecho a revisarla. Tengo el derecho a solicitar al Programa de Servicios CSHCN que corrija cualquier información que sea incorrecta.
- Comprendo que este sitio web me informará sobre la privacidad de mi información: [www.dshs.state.tx.us/policy/privacy.shtm](http://www.dshs.state.tx.us/policy/privacy.shtm)
- Comprendo que tengo el derecho a ser tratado con justicia e igualdad, sin considerar la raza, el color, el credo, la religión, el país de origen, el sexo, la edad, las creencias políticas o la discapacidad.
- Comprendo que este tratamiento será congruente con las leyes federales y estatales. Si considero que no he sido tratado con justicia e igualdad, puedo llamar a la Oficina de Derechos Civiles (Office of Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (United States Department of

Health and Human Services) al 1-800-368-1019.

- Comprendo que todo lo que escriba en la solicitud del Programa de Servicios CSHCN no se compartirá con el Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) ni con los Servicios de Inmigración y Ciudadanía de Estados Unidos (United States Citizenship and Immigration Services) (anteriormente, el Servicio de Inmigración y Naturalización (Immigration and Naturalization Service, INS).

**Estas son sus responsabilidades:**

- Comprendo que tengo que renovar la solicitud para CSHCN a tiempo cada doce meses. Debo renovar mi solicitud en la fecha en la que se vence mi elegibilidad para el Programa de Servicios CSHCN, o antes de esa fecha.
- Comprendo que debo brindar únicamente información completa, verdadera y correcta en la solicitud del Programa de Servicios CSHCN.
- Contestaré completamente todas las preguntas.
- No ocultaré ninguna de la información que se requiere en la solicitud.
- Comprendo que el Programa de Servicios CSHCN podrá solicitarme proporcionar comprobantes de la información que escriba en la solicitud del Programa de Servicios CSHCN. En ese caso, tendré que proporcionar el comprobante solicitado al Programa de Servicios CSHCN.
- Comprendo que debo informar al Programa de Servicios CSHCN sobre cualquier cambio de la información sobre mi persona. Dicha información incluye mi dirección, número de teléfono, ingresos, cobertura médica y situación familiar. En caso de haber algún cambio, debo informar al Programa de Servicios CSHCN dentro de los 30 días de dicho cambio. No debo esperar a actualizar la información en mi próxima solicitud para el Programa de Servicios CSHCN.
- Comprendo que debo intentar continuar viviendo en Texas. No debo afirmar ser residente de otro estado o país.
- Comprendo que el Programa de Servicios CSHCN no puede pagar los servicios de las personas que llegan a Texas desde otro lugar sólo para obtener atención médica.
- Comprendo que debo utilizar sólo proveedores de atención médica inscritos en el Programa de Servicios CSHCN. Un proveedor que no se encuentra inscrito en el Programa de Servicios CSHCN puede brindar sus servicios a un cliente del Programa de Servicios CSHCN, pero el Programa no puede pagar esos servicios.
- Comprendo que tengo que pagar cualquier cantidad de dinero que deba al Programa de Servicios CSHCN.
- Comprendo que tengo que pagar dicha cantidad incluso si ya no reúno los requisitos para participar en el Programa de Servicios CSHCN.
- Comprendo que incluso si me retiro del Programa de Servicios CSHCN, tengo que pagar el dinero adeudado.
- Comprendo que las reglas del Programa de Servicios CSHCN describen todos mis derechos y responsabilidades para esta solicitud y los servicios que ofrece el Programa de Servicios CSHCN. Comprendo que si la solicito, el Programa de Servicios CSHCN me dará una copia de las reglas.
- Acepto cumplir todas las reglas del Programa de Servicios CSHCN.
- Estas son sus responsabilidades que involucran prestaciones de otras fuentes:
- Comprendo que antes de que el Programa de Servicios CSHCN pueda pagar los servicios, se les deberá haber solicitado pagar los servicios a todos los otros programas de asistencia y seguros médicos y estos debieron haberse negado a

pagarlos.

- Entiendo que tengo que decirle al Programa de Servicios CSHCN si tengo acceso a otros seguros de salud o a los beneficios, así como proporcionar el Programa de Servicios CSHCN con la información y la autorización para enviar una solicitud de reembolso.
- Comprendo que la ley estatal puede permitir que mis prestaciones de seguro médico sean pagadas directamente al Programa de Servicios CSHCN. En ese caso, la compañía de seguros podrá pagar directamente al Programa de Servicios CSHCN los gastos de mi atención médica que realice el Programa.
- Al firmar el formulario de Derechos y Responsabilidades del Programa de Servicios CSHCN, declaro que dicho Programa puede recibir los pagos de cualquier prestación de seguro médico que me corresponda. También acepto que mi compañía de seguros puede pagar directamente a mis proveedores de atención médica las prestaciones y los servicios recibidos del Programa de Servicios CSHCN y a través de éste.
- Acepto que si en algún momento recibo dinero proveniente de una demanda que resulte de incidentes que provocaron que yo necesitara los servicios del Programa de Servicios CSHCN, pagaré el costo de los servicios que dicho Programa me haya proporcionado.
- Comprendo que si el Programa de Servicios CSHCN me paga demás o equivocadamente los costos de mis servicios, deberé devolver el dinero adicional al Programa. De no hacerlo, el Programa de Servicios CSHCN podrá tomar la cantidad que debo de cualquier dinero que el Programa me pague en el futuro. Al terminar mi período de elegibilidad para el Programa de Servicios CSHCN, yo pagaré o mis herederos pagarán al Programa el dinero que le debo. Yo pagaré o mis herederos pagarán la cantidad total en un solopago. El pago se realizará dentro de un tiempo razonable después de que el Programa de Servicios CSHCN me informe que debo dinero al Programa.

### **Su derecho a la revisión de una decisión del programa**

En caso de no estar de acuerdo con una decisión tomada por el Programa, usted tiene ciertos derechos:

- Tiene el derecho a utilizar los procesos de revisión administrativa (apelación) y audiencia imparcial.
- Tiene el derecho a recibir una respuesta oportuna a las revisiones administrativas y las audiencias imparciales.

### **Revisión administrativa**

El proceso de revisión administrativa es un medio para presentar los motivos por los que cree usted que debe aprobarse su elegibilidad o deben permitirse los servicios que usted solicitó. El Programa debe recibir su solicitud para una revisión administrativa dentro de los 30 días de la fecha de la carta de denegación. En su solicitud, deberá explicar por qué no está de acuerdo con la decisión del Programa. Asegúrese de incluir todos los documentos u otros comprobantes que considere útiles para respaldar lo que afirma en su solicitud. Se puede solicitar una revisión administrativa vía fax al número **1-512-776-7238** o por escrito a:

CSHCN Services Program - Administrative Review  
Specialty Health Care Services, MC 1938  
PO Box 149347  
Austin, TX 78714-9347

## **Audiencia imparcial**

Si no está de acuerdo con la decisión del Programa de Servicios CSHCN en la revisión administrativa, usted tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial. Si quiere solicitar una audiencia imparcial, el Programa de Servicios para CSHCN debe recibir una solicitud por escrito dentro de los 20 días de la fecha de la carta que contiene la decisión de la revisión administrativa. En su solicitud, deberá explicar por qué no está de acuerdo con la decisión del Programa. Asegúrese de incluir todos los documentos u otros comprobantes que considere útiles para respaldar lo que afirma en su solicitud. Usted puede representarse a sí mismo o contar con un abogado u otro portavoz en la audiencia. Se deberá enviar la solicitud para una audiencia imparcial vía fax al número **1-512-776-7238** o por escrito a:

CSHCN Services Program – Fair Hearing  
Specialty Health Care Services, MC 1938  
PO Box 149347  
Austin, TX 78714-9347

El no solicitar una audiencia dentro del período de 20 días se considerará una renuncia de su derecho a solicitar la audiencia y el Programa se llevará a cabo la acción definitiva.

## **Cambios de su dirección o situación personal**

Usted es responsable de informar al Programa sobre ciertos cambios en su vida. Tiene que informar al Programa dentro de los 30 días de cualquier cambio de su dirección, número de teléfono, ingresos, cobertura médica, condición médica o situación familiar.

### **Cambio de dirección o número de teléfono**

El Programa necesita su dirección actual para poder enviarle los paquetes de solicitud, las cartas, el Boletín para familias y otra información del Programa. Si el Programa no cuenta con la información de envío correcta, es posible que usted pierda información importante que afecta su elegibilidad.

Si se ha mudado o está por hacerlo, es su responsabilidad rellenar el Formulario para Cambio de Dirección del Programa de Servicios CSHCN y enviarlo por correo o fax a su oficina local del Programa junto con el comprobante de su nueva dirección. El formulario incluye una lista de los documentos que puede utilizar como comprobante de su dirección. Recuerde escribir el nombre del cliente, la fecha de nacimiento y el número de caso del Programa de Servicios CSHCN en todo lo que envíe al Programa. Si no hay espacio para incluir la fecha de nacimiento en el formulario, escríbala junto al nombre. Asegúrese de guardar copias de todo lo que envíe al Programa.

Si cambia su número de teléfono pero mantiene su dirección, llame a la oficina central del Programa de Servicios CSHCN al 1-800-252-8023 para cambiar su número de teléfono.

### **Cambio de su situación personal**

Si tiene un cambio de su ingreso familiar, cobertura médica, condición médica o su situación familiar, puede haber cambios en la cobertura del Programa. Comuníquese con la persona que administra su caso en la oficina del Programa de su área para obtener instrucciones sobre lo que debe hacer si tiene algún cambio de su situación personal. También puede llamar a la oficina central del Programa de Servicios CSHCN al **1-800-252-**



**8023** para obtener instrucciones.

## **Cambios de su cobertura médica**

Usted es responsable de informar al Programa si hay algún cambio de su seguro médico o cobertura médica dentro de los 30 días de ocurrido el cambio. Un cambio puede afectar los servicios que le pueda proporcionar el Programa de Servicios CSHCN.

# **Reglas y procedimientos del Programa de Servicios CSHCN**

## **Reglas del Programa de Servicios CSHCN**

Las reglas del Programa de Servicios CSHCN describen los derechos y responsabilidades de los clientes. Cuando usted solicitó la cobertura del programa, firmó un formulario aceptando cumplir las reglas del Programa de Servicios CSHCN.

Si desea leer las reglas, el Programa de Servicios CSHCN puede proporcionarle una copia. Puede solicitar una copia a la persona que administra su caso, o al llamar a la Línea de Ayuda del Programa de Servicios CSHCN al **1-800-252-8023**. La llamada es gratis en Texas. También puede descargar una copia en el sitio web

**[www.dshs.state.tx.us/cshcn/rules.shtm](http://www.dshs.state.tx.us/cshcn/rules.shtm)**.

## **Procedimientos de facturación**

Los proveedores del Programa de Servicios CSHCN no pueden cobrar a los clientes del Programa por brindarles los servicios aprobados. Los proveedores del Programa no pueden cobrar a los clientes del Programa por rellenar ningún tipo de formulario del Programa de Servicios CSHCN.

## **Otra cobertura médica (recursos de terceros)**

Al Programa de Servicios CSHCN se le llama el “pagador de último recurso”. Eso significa que el Programa sólo considera pagar un servicio después de que el cliente haya utilizado todas las coberturas disponibles. A la otra cobertura disponible del cliente se le llama “recurso de terceros”. Incluye cualquiera de lo siguiente, simple o en combinación:

- Seguro médico privado
- Seguro dental
- Organización de mantenimiento de la salud (*Health Maintenance Organization*, HMO)
- Seguro de responsabilidad civil de vehículos
- Organización de proveedores preferidos (*Preferred Provider Organization*, PPO)
- Acción judicial (demanda)
- Medicare—Partes A, B y D
- TRICARE/CHAMPUS
- Plan de prestaciones de bienestar para empleados
- Planes de salud por medio de sindicatos
- Programa de seguro médico para niños (CHIP)
- Seguro de medicamentos recetados
- Seguro para la vista
- Programa de Medicaid de Texas

Si un servicio está cubierto por cualquiera de los tipos de cobertura mencionados anteriormente, el Programa de Servicios CSHCN tal vez no pueda pagar los servicios.

Deberá mantener activa la cobertura de su seguro médico privado, Medicaid, o CHIP en todo momento. Tiene 30 días antes de dejar su otra cobertura para informar al Programa

de Servicios CSHCN de su decisión. El Programa le envía una carta cuando se entera de que usted ya no tiene cobertura, pidiéndole que la obtenga de nuevo, si puede hacerlo. Recuerde que si necesita ayuda para pagar su prima de seguro, debe leer la sección sobre Asistencia con Pagos de Primas del Seguro (IPPA) en la página 5 y comunicarse con la persona que administra su caso.

## **Medicaid**

Algunos clientes del Programa de Servicios CSHCN también reciben Medicaid. Si usted tiene Medicaid, éste paga todos los servicios que requiere, o la mayoría de ellos. Si Medicaid cubre un servicio, el Programa no puede pagar dicho servicio. Debe informar a sus proveedores que tiene cobertura de Medicaid porque se debe facturar primero a Medicaid. Usted tiene que mostrar su identificación de Medicaid (Formulario H1027 o Formulario H3087) e informar a sus proveedores que también tiene cobertura a través del Programa de Servicios CSHCN. Puede obtener mayor información sobre Medicaid en internet a través de [www.chipmedicaid.org](http://www.chipmedicaid.org).

## **Programa de seguro médico para niños (CHIP)**

Algunos clientes del Programa de Servicios CSHCN reciben servicios de CHIP. Es posible que el Programa proporcione algunos servicios que CHIP no cubre. Sin embargo, el Programa no paga las primas de CHIP y no reembolsa a los clientes o padres por los copagos de CHIP. Si tiene cobertura tanto de CHIP como del Programa de Servicios CSHCN, tiene que llevar su tarjeta de identificación de CHIP y el Formulario de Elegibilidad para el Programa de Servicios CSHCN al consultar a sus proveedores. Puede obtener mayor información sobre CHIP en internet a través de [www.chipmedicaid.org](http://www.chipmedicaid.org).

## **Seguro médico privado**

Algunos clientes tienen cobertura del Programa de Servicios CSHCN y algún tipo de cobertura de seguro médico privado. El Programa cubre algunos servicios que no cubren los seguros médicos privados. El Programa sólo paga los servicios de proveedores que están inscritos en el Programa de Servicios CSHCN. Si el seguro médico privado cubre un servicio, el Programa no puede pagar dicho servicio. Sin embargo, si no se paga el total que es facturado por el proveedor a la compañía de seguros privada, entonces el proveedor puede facturar lo que falta al Programa de Servicios CSHCN. Debe mostrar el comprobante de su cobertura e informar a los proveedores que usted también cuenta con la cobertura del Programa de Servicios CSHCN.

Recuerde que muchos planes de seguro médico tienen fechas límite y requisitos para pre-autorizar algunos servicios. Debe cumplir esos requisitos para recibir los servicios. Si se niega pagar un servicio debido a que usted o su proveedor no cumplieron con las fechas límite o los requisitos, el Programa no puede pagar tal servicio.

## **Clínicas**

Algunas clínicas médicas cuentan con planes de salud especiales que no se consideran como seguro médico privado. Estas clínicas incluyen Gold Card, Carelink, Community Voices, JPS Connection, Programa de Asistencia Médica (*Medical Assistance Program*, MAP) y clínicas en facultades de medicina. Estas clínicas médicas no se encuentran en todas las áreas, pero usted puede preguntar en el hospital de su condado si cuenta con un plan clínico para usted o su familia. El Programa de Servicios CSHCN no le pide que utilice sus servicios antes de poder utilizar los servicios médicos del Programa.

## **Denegación de los servicios**

En algunas ocasiones, el Programa de Servicios CSHCN recibe una factura de un proveedor que no puede pagar y se le notifica al proveedor. A esto se le llama "denegación". Si el Programa no autoriza el pago por un servicio, es posible que el proveedor le cobre a usted. El proveedor puede cobrarle si la denegación fue por una de las siguientes razones:

- El servicio no es una prestación médica del Programa de Servicios CSHCN.
- Usted no reunía los requisitos para el Programa de Servicios CSHCN en la fecha del servicio.
- El monto es mayor al permitido por el Programa (como por ejemplo, ciertos estilos de anteojos).
- Usted no utilizó su cobertura de Medicaid.
- No utilizó su cobertura de CHIP u otro seguro médico privado.
- No cumplió las políticas y pautas de CHIP o su seguro médico privado.
- No informó al proveedor sobre las restricciones en su otro seguro médico.
- El proveedor no está inscrito en el Programa de Servicios CSHCN.

Si un proveedor intenta cobrarle o intenta recuperar dinero por parte de usted por una razón no indicada anteriormente, llame gratis a TMHP al **1-877-888-2350** para solicitar ayuda. TMHP puede ayudarle con cualquier asunto relacionado con los proveedores. Por ejemplo, si usted recibe una factura de un proveedor y cree que no debería haberla recibido, llame a TMHP.

## **¿Quién forma parte del Programa de Servicios CSHCN?**

### **Los clientes**

La mayoría de los clientes del Programa de Servicios CSHCN menores de 21 años de edad con necesidades especiales de salud. Los clientes con fibrosis quística pueden permanecer en el Programa de Servicios CSHCN después de haber cumplido los 21 años de edad, siempre y cuando cumplan las condiciones de admisión.

### **Las familias**

El Programa de Servicios CSHCN se "basa en las familias". Esto significa que el Programa reconoce, respeta y apoya las creencias y tradiciones étnicas y culturales de las familias. Promueve opciones para la familia y el trabajo en equipo entre los clientes, sus familias y sus proveedores. El Programa sabe que no todas las familias son sólo el padre, la madre y los hermanos del cliente. Las familias pueden incluir cónyuges, tíos, tías, primos, abuelos, padres adoptivos, personas que brindan atención, maestros y defensores. Sin importar cómo esté formada su familia, el Programa de Servicios CSHCN trabaja con su familia para ayudarle a obtener todos los servicios que estén a su disposición.

### **Los proveedores**

Los proveedores del Programa de Servicios CSHCN son muy importantes para asegurar que usted obtenga los servicios y el apoyo que necesita. El Programa se esfuerza por encontrar proveedores humanitarios y altamente calificados. Los proveedores del Programa ofrecen excelente capacitación, habilidad, pericia y compasión.

Ofrecen servicios que honran y respetan sus creencias culturales, tradiciones y valores.

## **El hogar médico**

El hogar médico es atención médica que está centrada en su familia. Usted y sus proveedores de atención médica trabajan conjuntamente para encontrar y tener acceso a todos los diferentes tipos de servicios que necesita. Es posible que su hogar médico sea el consultorio de un médico, un centro médico comunitario, una clínica hospitalaria para pacientes ambulatorios, una clínica escolar o una clínica del departamento de salud. El hogar médico ayuda a que usted cumpla con su responsabilidad de participar en su atención médica.

El Programa trabaja para garantizar que todos sus clientes cuenten con un hogar médico. Para obtener mayor información sobre cómo tener un hogar médico, hable con la persona que administra su caso o visite [www.dshs.state.tx.us/cshcn/medicalhome/Todo-nino-merece-un-hogar-medico.aspx](http://www.dshs.state.tx.us/cshcn/medicalhome/Todo-nino-merece-un-hogar-medico.aspx).

## **El personal de elegibilidad**

Los miembros del personal de elegibilidad trabajan en todas las oficinas regionales del Programa de Servicios CSHCN. Estos trabajadores pueden ayudarle a rellenar su solicitud y darle los papeles que necesita para completarla. Utilizan la información que usted proporciona en su solicitud para determinar si reúne los requisitos para recibir los servicios del Programa. También se aseguran que usted tenga un administrador de casos asignado.

## **Los administradores de casos**

El Programa de Servicios CSHCN proporciona a todos los clientes del Programa los servicios de trabajadores sociales y enfermeros que trabajan como administradores de casos. Los administradores de casos comprenden sus necesidades especiales y pueden ayudarle a encontrar y tener acceso a todos los servicios que necesita. La persona que administra su caso conoce a su familia y a usted, y trabaja estrechamente con todos ustedes para coordinar sus servicios.

Los administradores de casos pueden ayudarle a encontrar los proveedores del Programa de Servicios CSHCN y otros profesionales que pueda necesitar. Le pueden ayudar a hacer planes para atender otras necesidades como la educación. Los administradores de casos también trabajan con el personal de elegibilidad del Programa para garantizar que su solicitud del Programa esté completa y que sus registros estén actualizados.

## **Los administradores de casos y la planificación de transición**

Los administradores de casos también pueden ayudar con la planificación de sus transiciones, o cambios, en la vida. La vida está llena de transiciones a medida que uno se desarrolla física, mental y emocionalmente. Usted hace la transición del hogar, cuidado de niños o programas especiales para la niñez temprana hacia la escuela. Cambia de un tipo de educación o atención médica a otro. Puede salir de un hospital o un centro donde recibe atención médica a largo plazo para ir a un hogar o a una residencia comunitaria, o bien puede estar listo para hacer el cambio de vivir en casa con su familia a vivir solo. Y finalmente, hace su transición del cuidado que está centrado en el niño y en la familia al cuidado que se centra en el adulto.

Las transiciones son una parte importante de la vida y no siempre son fáciles. Con la información y la planificación correctas, las transiciones pueden ser menos complicadas para usted y su familia. La persona que administra su caso puede hablar con ustedes sobre las transiciones y cómo encontrar y tener acceso a los servicios que pueden facilitar esas

transiciones. Pregunte a la persona que administra su caso sobre la planificación de transiciones.

### **Cómo solicitar un administrador de casos**

Todos los clientes del Programa que reciben servicios de atención médica y todos los que se encuentran en la lista de espera pueden tener un administrador de casos. Para solicitarlo, comuníquese con la oficina central del Programa al 1-800-252-8023 para solicitar un administrador de casos. Esta llamada es gratis en Texas. El nombre de la persona que administra su caso o el de otro contacto en la oficina local del Programa de Servicios CSHCN también se incluye en la carta de elegibilidad que recibe.

### **Los contratistas**

El Programa de Servicios CSHCN se esfuerza al máximo por brindar los servicios que usted necesita. Incluso cuando los fondos son limitados, el Programa proporciona muchos servicios al contratar con otras agencias en algunas áreas del estado.

Los contratistas ofrecen una amplia variedad de apoyo familiar y recursos comunitarios que incluyen:

- Información y envío a otros servicios
- Administración de casos para los padres
- Servicios bilingües
- Ayuda con el cuidado de relevo
- Capacitación y talleres
- Oportunidades de relacionarse con otras familias
- Ayuda con las reuniones de Admisión, Revisión y Retiro (ARD, por sus siglas en inglés) y otros servicios escolares
- Apoyo de compañeros
- Grupos de apoyo para la familia
- Apoyo informal a los hermanos
- Bibliotecas para obtener recursos (materiales impresos y videos)

Tal vez no se puedan prestar todos los servicios incluidos en la lista anterior en todas las regiones de Texas. Si está interesado en estos servicios, llame a la persona que administra su caso o llame a la Línea de Ayuda del Programa de Servicios CSHCN al **1-800-252-8023**. La llamada es gratis en Texas. También puede consultar la lista de contratistas, las regiones de Texas en las que prestan sus servicios y los servicios que ofrecen en el sitio web <http://www.dshs.state.tx.us/cshcn/de-contratistas-basados-en-la-comunidad.aspx>.

### **Dónde obtener ayuda e información**

El Programa de Servicios CSHCN cuenta con muchos recursos que puede utilizar para mantenerse informado sobre el Programa y otros servicios disponibles.

### **El personal local y los administradores de casos**

Llame al número de atención al cliente si necesita ubicar la oficina local más cercana. Asimismo puede consultar la lista de oficinas en <http://www.dshs.state.tx.us/cshcn/Oficinas-CSHCN-regionales-y-locales.shtm>.

### **Línea de Atención al Cliente**

La Línea de Atención al Cliente del Programa de Servicios CSHCN puede:  
Contestar cualquier pregunta que usted tenga sobre el Programa.

Ayudarle a encontrar un administrador de casos si no cuenta con uno.

Mandarle el Folleto de Solicitud del Programa de Servicios CSHCN.

Registrar sus quejas y sugerencias.

Usted puede llamar a la Línea de Atención del Programa de Servicios CSHCN al **1-800-252-8023**. La llamada es gratis en Texas. También puede enviar un correo electrónico a [cshcn@dshs.state.tx.us](mailto:cshcn@dshs.state.tx.us) o visitar la página principal del sitio web del Programa de Servicios CSHCN en <http://www.dshs.state.tx.us/cshcn/default-span.shtm> y presionar en Programa de Servicios CSHCN en la parte inferior de la página.

## **El sitio web**

La dirección del sitio web del Programa de Servicios CSHCN

es <http://www.dshs.state.tx.us/cshcn/default-span.shtm> . Si tiene acceso a una computadora y al internet, puede visitar el sitio web para:

- Leer la información general sobre el Programa de Servicios CSHCN.
- Leer las últimas novedades sobre el Programa.
- Encontrar la oficina local del Programa de Servicios CSHCN.
- Descargar una copia del Folleto de Solicitud del Programa de Servicios CSHCN.
- Descargar una copia de este Manual para Clientes.
- Descargar el Boletín para familias, que incluye el Formulario para cambio de dirección.
- Descargar una copia del Formulario de Información de Emergencias y sus instrucciones.

## **Planificación de emergencias y desastres para niños con necesidades especiales de salud**

Visite [www.texasprepares.org/Spanish/family\\_special\\_sp.shtml](http://www.texasprepares.org/Spanish/family_special_sp.shtml) para obtener información sobre planificación para situaciones de emergencia y de desastre en los niños con necesidades especiales de salud.

## **Formulario de Información para Emergencias**

El Formulario de Información para Emergencias se incluye en este manual y también se encuentra disponible en el sitio web del Programa de Servicios CSHCN en [www.dshs.state.tx.us/cshcn/pdf/emer\\_info\\_form.pdf](http://www.dshs.state.tx.us/cshcn/pdf/emer_info_form.pdf).

Este formulario puede proporcionar información médica completa sobre la persona con necesidades especiales de salud cuando se rellena correcta y totalmente. Pida a sus doctores y otros proveedores médicos que le ayuden a rellena el formulario de la manera más completa posible. Siga las instrucciones cuidadosamente.

Conserve una copia del formulario con la persona que tiene necesidades especiales y en cada ubicación que él o ella suele ir frecuentemente.

El formulario incluye áreas para indicar:

- Diagnósticos
- Medicamentos actuales
- Resultados del examen físico inicial
- Signos vitales iniciales
- Problemas comunes
- Alergias
- Inmunizaciones
- Intervenciones anteriores

- Intervenciones que deben evitarse
- Departamento de emergencia preferido

## **Boletín para familias**

El *Boletín para familias* se envía a todos los clientes y sus familias cuatro veces al año. Cuenta con información básica sobre el Programa, políticas actualizadas e información útil. También incluye el Formulario para cambio de dirección y una lista de las direcciones y números telefónicos de las oficinas regionales del Programa. Si no recibe el boletín, asegúrese que su dirección actual se encuentre registrada en el Programa. Consulte la página 17 para instrucciones sobre cómo informar al Programa que cambió su dirección. El boletín también está disponible en versión electrónica en [www.tmhp.com/Pages/ClientSpanish/client\\_cshcn\\_spanish.aspx](http://www.tmhp.com/Pages/ClientSpanish/client_cshcn_spanish.aspx).

## **Texas Medicaid & Healthcare Partnership (TMHP)**

TMHP es el contratista estatal que se encarga de los asuntos y problemas que usted quizá tenga con un proveedor. TMHP también puede proporcionar información sobre lo que ofrece el Programa de Servicios CSHCN, como los servicios cubiertos y mucho más. Puede comunicarse con TMHP al **1-877-888-2350**. La llamada es gratis en Texas.