





# SERVICIO DE REHABILITACIÓN PARA NIÑOS FORMULARIO DE ANTECEDENTES MÉDICOS

ESTADO DE ALABAMA  
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

## INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_ Sufijo: \_\_\_\_\_

Diagnóstico de remisión: \_\_\_\_\_

Derivado por: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Problema que presenta: \_\_\_\_\_

Tratamiento anterior/antecedentes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medicación actual y dosis: \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES RESPECTO DEL PARTO

Duración del embarazo: \_\_\_\_\_ Peso al nacer: \_\_\_\_\_

Complicaciones:

-durante el embarazo \_\_\_\_\_

-durante el trabajo de parto/alumbramiento \_\_\_\_\_

-después de nacer \_\_\_\_\_

Lugar del parto: \_\_\_\_\_

Tiempo en la sala de recién nacidos: \_\_\_\_\_

## Mi niño tiene/ha tenido

sarampión

herpes

problemas de salud

problemas de aprendizaje

paperas

asma

Infecciones de oído

problemas para dormir

Varicela

CMV

problemas de audición

otros \_\_\_\_\_

fiebre escarlata

células falciformes

problemas de visión

\_\_\_\_\_

diabetes

estudios genéticos

problemas de alimentación

\_\_\_\_\_

### Alergias

Ninguna conocida

Enumere las alergias (incluidos los medicamentos): \_\_\_\_\_

Antecedentes médicos familiares relevantes (familia materna y paterna, si se conocen)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Otros miembros de la familia conocidos por CRS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

La información detallada anteriormente es verdadera, a mi saber y entender. Entiendo que se me pedirá que presente información financiera y del seguro cada año que mi hijo reciba tratamiento a través del Servicio de Rehabilitación para Niños.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_









# SERVICIO DE REHABILITACIÓN PARA NIÑOS

## FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN DEL CLIENTE

ESTADO DE ALABAMA  
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_ Sufijo: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Número de Medicaid:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Proveedor de EPSDT: \_\_\_\_\_

Nombre tal como aparece en la tarjeta Medicaid: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL SEGURO DE SALUD

Cambio de seguro de salud en los últimos 12 meses:  Sí  No

Nombre de la compañía de seguro: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Número de contrato de la póliza: \_\_\_\_\_ Número de grupo de la póliza: \_\_\_\_\_

Fecha de entrada en vigencia: Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

¿Beneficios de farmacia?  Sí  No Marcar si:  Punto de venta o  Copago de medicamentos ¿Cobertura odontológica?

Sí  No

Número de seguro social del asegurado: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Relación del asegurado con el cliente: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial intermedia: \_\_\_\_\_ Sufijo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Empleador del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### SEGURO DE SALUD SECUNDARIO

Cambio de seguro de salud en los últimos 12 meses:  Sí  No

Nombre de la compañía de seguro: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Número de contrato de la póliza: \_\_\_\_\_ Número de grupo de la póliza: \_\_\_\_\_

Fecha de entrada en vigencia: Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

¿Beneficios de farmacia?  Sí  No Marcar si:  Punto de venta o  Copago de medicamentos ¿Cobertura odontológica?

Sí  No

Número de seguro social del asegurado: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Relación del asegurado con el cliente: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial intermedia: \_\_\_\_\_ Sufijo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Empleador del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN SOBRE LA PARTICIPACIÓN FINANCIERA DE LA FAMILIA

Cantidad de personas que viven en el hogar: \_\_\_\_\_

Ingresos anuales imposables de la unidad familiar declarados en la(s) última(s) declaración(es) de la renta: \_\_\_\_\_

**NOTA:** La renta anual imposable de la unidad familiar debe incluir los salarios de todas las personas del hogar que mantengan al niño. Las prestaciones de jubilación, supervivencia e invalidez pueden declararse en lugar de los salarios.

La información detallada anteriormente es verdadera, a mi saber y entender. Entiendo que se me pedirá que presente información financiera y del seguro cada año que mi hijo reciba tratamiento a través del Servicio de Rehabilitación para Niños.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_









Declaración de cumplimiento: derecho de reclamación

**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE  
REHABILITACIÓN DE ALABAMA**

**Jane Elizabeth Burdeshaw, Commissioner**

**602 South Lawrence St. Post  
Office Box 4280  
Montgomery, Alabama 36103-4280**

A personas que reciben servicios o solicitantes de servicios del Departamento de Servicios de Rehabilitación de Alabama.

**CUMPLIMIENTO DE LEYES DE DERECHOS CIVILES:**

El TÍTULO VI de la Ley de Derechos Civiles, el Título IX de las Enmiendas a la Educación y el Título V de la Ley de Rehabilitación establecen que ninguna persona en los Estados Unidos será excluida de la educación por motivos de raza, color, origen nacional, edad, sexo o discapacidad. participar, negarse los beneficios o estar sujeto a discriminación en cualquier programa o actividad que reciba asistencia financiera federal.

Estas leyes establecen además que todos los individuos, agencias, instituciones y subdivisiones políticas que brindan servicios a personas con discapacidades bajo el programa cumplan con las disposiciones de las leyes. ADRS ha preparado una declaración de cumplimiento según lo exigen las leyes y reglamentos.

Si una persona tiene conocimiento de que la agencia está funcionando de otra manera, se puede presentar una queja escrita y firmada que describa la naturaleza de la supuesta discriminación y el momento, el lugar y otros hechos pertinentes ante el Comisionado de ADRS, 602 South Lawrence St., PO Box. 4280, Montgomery, Alabama 36103 o con la Oficina de Derechos Civiles, 101 Marietta Towers, Atlanta, Georgia 30323.



## **DERECHOS DEL CLIENTE DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN INFANTIL Y DE SU FAMILIA**

El Servicio de Rehabilitación Infantil (SRI) del Departamento de Servicios de Rehabilitación de Alabama sigue procedimientos ya establecidos para proteger los derechos de acceso a los servicios del cliente y su familia. La siguiente es una explicación de dichos derechos y de los procedimientos correspondientes disponibles para asegurar que los clientes/familias entiendan sus derechos conforme a la ley. Si le interesa recibir más información sobre cualquier otro derecho, comuníquese con:

(información de contacto de la oficina de distrito local)

o con el Servicio de Rehabilitación Infantil, CP. 4280, Montgomery, Alabama 36103 – 4280 [dirección: 602 South Lawrence Street, Montgomery, Alabama 36104] Teléfono (334) 293-7500 o 800-846-3697

1. Los clientes y sus familias tienen derecho a recibir una notificación por escrito acerca de los servicios que el SRI les proveerá y una notificación por escrito cuando estos servicios o la elegibilidad para los mismos sean denegados. Esto se conoce como “Notificación de acción”.
2. Los solicitantes/clientes y sus familias pueden pedir una Revisión administrativa informal (opcional) para solucionar un reclamo. La Revisión administrativa informal debe solicitarse por escrito, debe estar dirigida al Supervisor de distrito del SRI correspondiente y debe enviarse dentro de los diez (10) días hábiles luego de recibir la Notificación de acción. Dentro de los diez (10) días luego de solicitar la Revisión administrativa informal, se le notificará por correo la hora y el lugar donde se realizará la misma. Luego de la revisión, recibirá por escrito la decisión tomada por el equipo dentro de los (15) días de concluida la revisión.
3. Los solicitantes/clientes y sus familias tienen derecho a solicitar una Audiencia Formal en caso de no quedar satisfechos con la decisión tomada por el Equipo de Revisión administrativa informal o si deciden no pedir una Revisión administrativa informal en primer lugar. La solicitud de una Audiencia Formal debe especificar la/s razón/es por las cuales se pide la audiencia, también debe especificar qué es lo que se pide, y debe ser recibida por el Comisionado del Departamento de Servicios de Rehabilitación de Alabama dentro de los catorce (14) días hábiles a partir de la fecha de la Notificación de Acción o dentro de los catorce (14) días hábiles tras recibir una decisión administrativa informal, en caso de que ésta se haya solicitado.
4. Mientras la Revisión administrativa o audiencia informal, la Audiencia Formal u otro procedimiento judicial están en curso, los clientes/familias tienen derecho a continuar recibiendo los servicios sin reducción o suspensión de los mismos.
5. Toda la información de los solicitantes y clientes que obtiene el SRI permanece propiedad del SRI. Esta información sólo se utiliza y se divulga por razones relacionadas directamente con la administración de los programas del Servicio de Rehabilitación Infantil. Los clientes/solicitantes/padres, madres o tutores pueden revisar todos los registros de los solicitantes/clientes relacionados con la provisión o rechazo de los servicios con los que cuenta el Departamento,

mediante una notificación razonable por escrito y en un horario razonable durante el horario normal de trabajo.

6. La divulgación de la información se realiza con el consentimiento expresado por escrito del solicitante/cliente o de su representante autorizado. Sin embargo, el Departamento puede revelar información referida a un solicitante o cliente a sus empleados, agentes y proveedores que necesiten tener acceso a esa información sin contar con tal consentimiento. A excepción de lo autorizado anteriormente, los empleados del Departamento no divulgarán el contenido de cualquier registro a ninguna persona, ni tampoco atestiguarán en la corte o en una audiencia, ni divulgarán registros sin el consentimiento de la persona afectada, a menos que reciban la correspondiente citación judicial o proceso y que un juez, un oficial de audiencia u otra autoridad legal les ordene hacerlo.
7. Los solicitantes/clientes o su representante autorizado pueden pedir una copia de su registro sin cargo (sólo la primera copia).
8. Los solicitantes/clientes o su tutor legal deben expresar su consentimiento por escrito antes de que se realice la evaluación o que se provean los servicios. El otorgamiento del consentimiento es estrictamente voluntario y puede ser revocado por el solicitante/cliente o tutor legal en cualquier momento.

Mi firma certifica que esta información me fue explicada de una manera que pude entender. También he recibido una copia de estos derechos.

---

Firma del cliente/Padre o madre/tutor

---

Fecha