



THE HSC HEALTH CARE SYSTEM  
Health Services for Children  
with Special Needs, Inc.

*Cuidamos. Servimos. Empoderamos.*

# Manual del **INSCRIPTO**

Si necesita más información, visite [www.hscsnhealthplan.org](http://www.hscsnhealthplan.org).  
Si necesita adaptaciones razonables, llame al (202) 467-2737.



Si necesita más información,  
visite [www.hscsnhealthplan.org](http://www.hscsnhealthplan.org).  
Si necesita adaptaciones  
razonables, llame al  
(202) 467-2737  
Usuarios de TTY/TDD:  
(202) 467-2709

1101 Vermont Avenue, NW  
12th Floor  
Washington, DC 20005  
1 (866) WE-R-4-KIZ (937-4549)



GOVERNMENT OF THE  
DISTRICT OF COLUMBIA  
**MURIEL BOWSER, MAYOR**



THE HSC HEALTH CARE SYSTEM

## Health Services for Children with Special Needs, Inc.

Puede llamarnos durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. O bien, visite nuestras oficinas de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:30 p. m. Para obtener indicaciones sobre cómo visitarnos, llámenos al (202) 467-2737. Contamos con dos ubicaciones, que se indican a continuación.

**Health Services for Children with Special Needs, Inc. (HSCSN)  
1101 Vermont Avenue NW, 12th Floor  
Washington, D.C. 20005**

La estación de Metro más cercana está en McPherson Square,  
a 3 cuadras de nuestras oficinas.

Horario de atención: 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

**HSCSN Wellness Center  
3400 Martin Luther King Jr. Avenue SE  
Washington, D.C. 20032**

La estación de Metro más cercana está en Congress Heights,  
a 1 milla de nuestras oficinas.

Horario de atención: 8:00 a. m. a 5:30 p. m.

Para visitar cualquiera de las dependencias, comuníquese con Servicios para Inscriptos al (202) 467-2737 o al 1 (866) 937-4549 y pida indicaciones o más información. Llame al administrador de la atención si quiere programar un día y un horario para reunirse, ya sea de forma presencial o virtual.



## ENGLISH

If you do not speak and/or read English, please call (202) 467-2737 between 7:00 a.m. and 5:30 p.m. A representative will assist you.

## SPANISH

Si no habla o lee inglés, llame al (202) 467-2737 entre las 7:00 a.m. y las 5:30 p.m. Un representante lo ayudará.

## VIETNAMESE

Nếu quý vị không nói và/hoặc đọc tiếng Anh, vui lòng gọi số (202) 467-2737 từ 7:00 sáng đến 5:30 chiều. Sẽ có người đại diện hỗ trợ quý vị.

## KOREAN

영어를 말하거나 읽을 수 없는 경우, 오전 7시부터 오후 5시 30분 사이에 (202) 467-2737로 전화해 주십시오. 직원이 도와드릴 것입니다.

## FRENCH

Si vous ne parlez pas et/ou ne lisez pas l'anglais, veuillez appeler le (202) 467-2737 entre 7h00 et 17h30. Un représentant pourra vous aider.

## ARABIC

إذا كنت لا تتحدث الإنجليزية و/أو تقرأها، فيرجى الاتصال بالرقم (202) 467-2737 بين الساعة 7:00 صباحًا و 5:30 مساءً. سوف يساعدك ممثل عنا.

## MANDARIN

如果您不会讲英语和/或读英文，请在上午 7:00 至下午 5:30 之间致电 (202) 467-2737。会有代表为您提供协助。

## RUSSIAN

Если вы не говорите и/или не читаете по-английски, позвоните по номеру (202) 467-2737 с 7:00 до 17:30. Представитель вам поможет.

## BURMESE

အကယ်၍ သင်သည် အင်္ဂလိပ်လို မပြောနိုင်/သို့မဟုတ် မဖတ်နိုင်ပါက (202) 467-2737 သို့ နံနက် 7:00 နာရီမှ ညနေ 5:30 နာရီအတွင်း ဆက်သွယ်ပါ။ ကိုယ်စားလှယ်တစ်ဦး သင့်ကို ကူညီပါလိမ့်မည်။

## CANTONESE

如果你唔會講和/或唔識睇英文，請喺朝早 7:00 至下晝 5:30 之間致電 (202) 467-2737。我哋嘅代表將為您提供幫助。

## FARSI

(202) 467-2737 توانيد به انگلیسی صحبت کنید و/یا بخوانید، لطفاً بین ساعت 7:00 صبح و ساعت 5:30 بعد از ظهر با اگر نمی تماس بگیرید. یک نماینده به شما کمک خواهد کرد.



## **POLISH**

Jeśli nie mówisz i/lub nie czytasz po angielsku, proszę zadzwoń pod numer (202) 467-2737 w godzinach od 7:00 do 17:30. Przedstawiciel udzieli Ci pomocy.

## **PORTUGUESE**

Se você não fala e/ou lê em inglês, ligue para (202) 467-2737 entre 7h e 17h30. Um representante vai ajudar você.

## **PUNJABI**

تے (202) 467-2737 وجے دے دوران 5:30 وجے توں لے کے شام 7:00 پڑھدے تان، مہربانی کر کے سویرے /جنے تسیں انگریزی نئیں بولدے کال کرو۔ اک نمائندہ تہاڈی مدد کرے گا۔

## **HATIAN CREOLE**

Si ou pa pale ak/oswa li angle, tanpri rele (202) 467-2737 ant 7:00 a.m. ak 5:30 p.m. You reprezantan ap ede ou.

## **HINDI**

यदि आप अंग्रेज़ी बोलते और/या पढ़ते नहीं हैं, तो कृपया (202) 467-2737 पर सुबह 7:00 बजे से शाम 5:30 बजे के बीच कॉल करें। हमारा प्रतिनिधि आपकी मदद करेगा।

## **SOMALI**

Haddii aadan ku hadlin iyo/ama aadan akhrin karin luqadda Ingiriisida, fadlan soo wac (202) 467-2737 inta u dhexaysa 7:00 subaxnimo iyo 5:30 galabnimo. Wakiil ayaa ku caawin doona.

## **HMONG**

Yog koj tsis paub hais thiab/los sis nyeem tsis tau ntawv Askiv, thov hu rau (202) 467-2737 ncuu sij hawm 7:00 teev sawv ntxov thiab 5:30 teev tsaus ntuj. Ib tug neeg sawv cev yuav los pab koj.

## **ITALIAN**

Se non sa parlare e/o leggere l'inglese, chiami (202) 467-2737 tra le 7:00 e le 17:30. Un rappresentante l'assisterà.

## **TAGALOG**

Kung hindi ka nagsasalita at/o nakakabasa ng Ingles, mangyaring tumawag sa (202) 467-2737 sa pagitan ng 7:00 a.m. at 5:30 p.m. Tutulongan ka ng isang kinatawan.

## **JAPANESE**

英語が話せない、または読めない場合は、(202) 467-2737までご連絡ください（午前7時～午後5時30分）。担当者がサポートいたします。



## Números de teléfono importantes

<b>Si tiene preguntas sobre HSCSN:</b>	Servicios para Inscriptos	(202) 467-2737 o 1-(866) 937-4549	Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
	TTY/TDD de Servicios para Inscriptos	(202) 467-2709	Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
<b>Si necesita atención cuando el consultorio de su médico esté cerrado:</b>	Línea de ayuda de Enfermería de HSCSN	(202) 467-2737 o 1-(866) 937-4549	Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
	TTY/TDD de la Línea de ayuda de Enfermería	(202) 467-2709	Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
<b>Si necesita ver a un médico en las próximas 24 horas (“atención de urgencia”):</b>	El consultorio de su <b>PCP</b>	(complete aquí con la información de su <b>PCP</b> )	
	Línea de ayuda de Enfermería de HSCSN	(202) 467-2737 o 1-(866) 937-4549	Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
<b>Si necesita transporte para acudir a una cita:</b>	Verida	1-866-991-5433	
	Servicios para Inscriptos	(202) 467-2737 o 1-(866) 937-4549	Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
<b>Si necesita atención para la salud mental o tiene una pregunta sobre salud mental:</b>	El consultorio de su <b>PCP</b>	(complete aquí con la información de su <b>PCP</b> )	
	Línea de ayuda de Enfermería de HSCSN	(202) 467-2737 o 1-(866) 937-4549	Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
	Línea directa del Departamento de Salud Conductual de DC	1-(888) 793-4357	Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
	Línea directa por suicidios y crisis	9-8-8	Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
<b>Si necesita a alguien que hable su idioma o si tiene problemas de audición:</b>	Servicios para Inscriptos	(202) 467-2737 o 1-(866) 937-4549	Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
	TTY/TDD de Servicios para Inscriptos	(202) 467-2709	Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
<b>Preguntas sobre salud dental:</b>	Servicio para Clientes de Delta Dental	1-(888) 258-8023	De 8 a. m. a 8 p. m. De lunes a viernes.
<b>Preguntas sobre la salud de la visión:</b>	Servicios para Inscriptos	(202) 467-2737 o 1-(866) 937-4549	Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

**ANTE UNA EMERGENCIA, LLAME AL 911 O DIRÍJASE A LA SALA DE EMERGENCIA MÁS CERCANA.**



# Información personal

---

Mi número de ID de Medicaid:

---

Mi proveedor de atención primaria (PCP):

---

Dirección de mi proveedor de atención primaria (PCP):

---

Teléfono de mi proveedor de atención primaria:

---

Número de ID de Medicaid de mi hijo:

---

Proveedor de atención primaria (PCP) de mis hijos:

---

Dirección del proveedor de atención primaria (PCP) de mis hijos:

---

Teléfono del proveedor de atención primaria (PCP) de mis hijos:

---

Mi proveedor dental primario (PDP):

---

Dirección de mi proveedor dental primario (PDP):

---

Teléfono de mi proveedor dental primario (PDP):

---

Proveedor dental primario (PDP) de mis hijos:

---

Dirección del proveedor dental primario (PDP) de mis hijos:

---

Teléfono del proveedor dental primario (PDP) de mis hijos:



# Índice

<b>Números de teléfono importantes</b> .....	<b>4</b>
<b>Información personal</b> .....	<b>5</b>
<b>Bienvenida a HSCSN</b> .....	<b>9</b>
Información sobre HSCSN .....	9
Utilidad de este manual .....	9
<b>Sus derechos</b> .....	<b>10</b>
<b>Sus responsabilidades</b> .....	<b>11</b>
<b>Su tarjeta de ID de inscripto</b> .....	<b>12</b>
<b>Su proveedor de atención primaria (PCP)</b> .....	<b>13</b>
¿Qué es un PCP? .....	13
¿Cómo elegir a su PCP? .....	13
¿Cómo cambiar de PCP? .....	14
<b>Su proveedor dental primario (PDP)</b> .....	<b>15</b>
¿Qué es un PDP? .....	15
¿Cómo elegir a su PDP? .....	15
¿Cómo cambiar de PDP? .....	15
<b>Atención de rutina, atención de urgencia y atención de emergencia</b> .....	<b>16</b>
Atención de rutina .....	16
Atención de urgencia .....	16
Atención de emergencia (qué hacer si tiene una emergencia) .....	16
<b>Atención cuando se encuentra fuera de la ciudad</b> .....	<b>18</b>
<b>Proveedores dentro de la red y fuera de la red</b> .....	<b>19</b>
<b>Programación de citas</b> .....	<b>20</b>
Cómo programa una cita con su PCP o su PDP .....	20
Cómo cambiar o cancelar una cita .....	20
Cómo recibir atención si el consultorio de su PCP o su PDP está cerrado .....	20



Tiempo de espera para las citas . . . . .	21
<b>Servicios de apoyo. . . . .</b>	<b>22</b>
Servicios de transporte. El consultorio de su médico . . . . .	22
Servicios ofrecidos si usted no habla muy bien inglés . . . . .	24
Servicios ofrecidos si usted tiene problemas de audición o de vista . . . . .	24
<b>Atención de especialidad y remisiones . . . . .</b>	<b>25</b>
Cómo recibir atención de especialidad (¿qué es una “remisión”?). . . . .	25
Servicios de autorremisión . . . . .	25
Servicios de salud mental . . . . .	26
Servicios por problemas de consumo de alcohol u otras drogas . . . . .	26
Servicios de planificación familiar . . . . .	26
Cómo recibir medicamentos . . . . .	28
Tratamiento de las enfermedades. . . . .	29
Programas de coordinación de la atención y administración de casos. . . . .	30
<b>Servicios para evitar que los adultos se enfermen. . . . .</b>	<b>35</b>
Controles (“evaluaciones”) . . . . .	35
Cómo mantenerse sano . . . . .	35
Vacunas para adultos . . . . .	35
<b>Embarazo: tener un bebé. . . . .</b>	<b>36</b>
Antes y después de tener un bebé . . . . .	36
<b>La salud de su hijo. . . . .</b>	<b>38</b>
Programa de control de salud para niños (EPSDT) . . . . .	38
Niños inmigrantes . . . . .	38
Atención dental para niños . . . . .	38
Programa de la Ley de Educación para Personas con Discapacidad (IDEA). . . . .	39
Vacunas para niños y adolescentes . . . . .	39



**Sus beneficios de salud. . . . . 52**

Servicios cubiertos por HSCSN . . . . . 52

Servicios no cubiertos por HSCSN . . . . . 59

**Transición de la atención. . . . . 60**

Dependencias para el tratamiento residencial psiquiátrico pediátrico . . . . . 61

**Otras cuestiones importantes que debe saber . . . . . 63**

¿Qué pasa si me mudo? . . . . . 63

¿Qué pasa si tengo un bebé? . . . . . 63

¿Qué pasa si adopto a un niño? . . . . . 63

¿Qué pasa si alguien de mi familia fallece? . . . . . 63

¿Cómo cambio de MCO? . . . . . 63

¿Qué pasa si me facturan un servicio cubierto? . . . . . 64

Pago de servicios no cubiertos . . . . . 64

Directivas anticipadas . . . . . 65

¿Qué pasa si tengo otro seguro? . . . . . 65

¿Qué pasa si tengo tanto Medicaid como Medicare? . . . . . 65

Fraude . . . . . 66

Información especial sobre cómo pagamos a nuestros médicos . . . . . 66

**Reclamos, apelaciones y audiencias imparciales. . . . . 67**

Reclamos . . . . . 67

Apelaciones . . . . . 67

Audiencias imparciales . . . . . 68

Procesos acelerados (de emergencia) para reclamos y apelaciones . . . . . 68

**Aviso de prácticas de privacidad . . . . . 70**

**Aviso de la Parte D de Medicare . . . . . 75**

**Oficina del defensor del pueblo y la Declaración de Derechos . . . . . 76**

**Definiciones . . . . . 77**



# Bienvenida a HSCSN

## Información sobre HSCSN

Le damos la bienvenida a **Health Services for Children with Special Needs, Inc. (HSCSN)**.

HSCSN es el proveedor del plan de atención administrada contratado para el Programa de Ingresos de Seguridad Complementarios de Niños y Adolescentes (CASSIP) del Distrito de Columbia para niños y adultos jóvenes. El CASSIP administra:

- Atención médica.
- Atención dental.
- Servicios de salud conductual.
- Servicios por consumo de drogas y alcohol.
- Servicios para la visión.

El plan de atención administrada de HSCSN es para niños y personas jóvenes (de 0 a 26 años) que tienen necesidades especiales y reciben los beneficios de los ingresos de seguridad complementarios (SSI) o son elegibles para recibir dichos ingresos.

## Orientación para nuevos inscriptos de HSCSN

La sesión de orientación para nuevos inscriptos de HSCSN es una oportunidad para que los nuevos inscriptos reciban información sobre los planes de salud, los beneficios y servicios, los programas de bienestar, los reclamos y las apelaciones, el control de salud de EPSDT y la salud poblacional. Se organiza una vez por mes y se ofrece en varios idiomas.

***Es importante que lea esta guía con atención. Guárdela en un lugar seguro y accesible para que pueda encontrarla cuando la necesite.***

## Cómo funciona este manual

HSCSN es un plan de atención administrada pagado por el Distrito de Columbia para ayudarle a obtener atención médica. En este manual, le explicaremos cómo funciona HSCSN, cómo buscar médicos (u otros proveedores de atención médica), cómo llamarnos y qué pagaremos. Las palabras que se usan en la atención médica y las palabras que usan los médicos, a veces, pueden ser difíciles de entender. Esas palabras están explicadas al final de este manual, en la sección Definiciones.

Si tiene alguna pregunta sobre lo que lee en este manual u otras preguntas sobre HSCSN, puede llamar al Servicios para Inscriptos de HSCSN al (202) 467-2737 o al 1-(866) 937-4549, o visitar [www.hscsnhealthplan.org](http://www.hscsnhealthplan.org), y nosotros haremos lo posible para ayudarlo.

## Utilidad de este manual

En este manual del inscripto, encontrará la siguiente información:

- Cómo acceder a atención médica.
- Sus servicios cubiertos.
- Servicios NO cubiertos.
- Cómo elegir a su proveedor de atención primaria y a su proveedor dental primario (su PCP o PDP).
- Qué hacer si se enferma.
- Qué debe hacer si tiene un reclamo o quiere cambiar (apelar) una decisión tomada por HSCSN.

Este manual del inscripto le brinda información básica sobre cómo funciona HSCSN. Si tiene alguna pregunta, llame a los servicios de atención al cliente de HSCSN en cualquier momento, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

# Sus derechos

- Saber que, cuando habla con sus médicos y proveedores, la conversación es privada.
- Recibir una explicación de la enfermedad o el tratamiento en un lenguaje que entienda.
- Participar en decisiones sobre su atención. Esto incluye el derecho a rechazar tratamientos.
- Recibir una explicación completa, clara y comprensible de las opciones de tratamiento y los riesgos de cada opción para que pueda tomar una decisión informada.
- Rechazar tratamiento o atención.
- Ser libre de cualquier forma de restricción o reclusión utilizada como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Poder ver y recibir una copia de su historia clínica, y pedir que se enmiende o modifique si hay un error.
- Recibir los servicios de atención médica que tiene a su disposición y a los que puede acceder con prontitud.
- Optar por un PCP o PDP de la red de HSCSN que sea elegible y cambiar de PCP o PDP.
- Presentar un reclamo sobre la atención recibida y obtener una respuesta.
- Solicitar una apelación o una audiencia imparcial si cree que HSCSN se equivocó al denegar, reducir o discontinuar un servicio o artículo.
- Recibir servicios de planificación familiar y suministros del proveedor de su elección.
- Recibir atención médica sin retrasos innecesarios.
- Acceder a una segunda opinión de un profesional de atención médica calificado de la red o, de ser necesario, acceder a ella con un profesional fuera de la red, sin costo para usted.
- Recibir información sobre las directivas anticipadas y elegir no recibir tratamiento de soporte vital, ni continuar con él.
- Recibir una copia del manual del inscripto de HSCSN o del Directorio de proveedores.
- Continuar con el tratamiento que está recibiendo actualmente hasta que tenga un nuevo plan de tratamiento.
- Acceder a servicios de interpretación y traducción sin cargo.
- Rechazar servicios de interpretación.
- Acceder a servicios de transporte sin cargo.
- Obtener una explicación de los procedimientos de autorización previa.
- Recibir información sobre la condición financiera de HSCSN y de las formas especiales en las que pagamos a nuestros médicos.
- Recibir un resumen de las encuestas de satisfacción de clientes.
- Acceder a la política de “Entregar lo que se recetó” de HSCSN para los medicamentos con receta.
- Recibir una lista de todos los medicamentos cubiertos.
- Ser tratado con respeto y la debida consideración por su dignidad y derecho de privacidad.
- Recibir un aviso dentro de los 30 días antes del cambio efectivo pretendido, de todos los cambios significativos definidos por el Distrito.



# Sus responsabilidades

## Usted es responsable de lo siguiente:

- Tratar con respeto y dignidad a quienes le brindan atención.
- Respetar las reglas del Programa de Atención Administrada de Medicaid DC y de HSCSN.
- Seguir las instrucciones que recibe de sus médicos y otros proveedores.
- Asistir a las citas médicas programadas.
- Avisar a su médico, al menos 24 horas antes de la cita, si debe cancelarla.
- Pedir más explicaciones si no entiende las instrucciones del médico.
- Ir a la sala de emergencias solo si tiene una emergencia médica.
- Contarle a su PCP o PDP los problemas médicos y personales que podrían afectar su salud.
- Informar a la Administración de Seguridad Económica (ESA) y a HSCSN si usted o un familiar inscripto tienen otro seguro de salud o han cambiado de dirección o de número de teléfono.
- Informar a la Administración de Seguridad Económica (ESA) y a HSCSN si se produce un cambio en su familia (p. ej., muertes, nacimientos, etc.).
- Intentar entender su afección de salud y participar en el establecimiento de las metas de tratamiento.
- Ayudar a su médico a obtener la historia clínica de los proveedores con quien se ha tratado en el pasado.
- Avisar a HSCSN si se lesiona en un accidente o en el trabajo.



# Su tarjeta de ID de inscripto

Una vez que se le haya asignado un proveedor de atención primaria (PCP), le enviaremos una tarjeta de ID de inscripto por correo postal. Esta tarjeta informa a sus médicos, hospitales, farmacias y a otras personas que usted está inscripto en HSCSN. Asegúrese de que la información de su tarjeta de ID de inscripto sea correcta. Si tiene algún problema o si pierde su tarjeta, llame a Servicios para Inscriptos al (202) 467-2737 o al 1 (866) 937-4549. Cada inscripto de HSCSN tiene su propia tarjeta. Sus hijos también tendrán sus propias tarjetas. Guarde usted las tarjetas de sus hijos para que ellos no las pierdan. Es ilegal permitir que otra persona use su tarjeta de ID de inscripto.

## Su tarjeta de ID de inscripto luce así:

### Frente de la tarjeta

<b>Inscrito:</b> Primer nombre, segundo nombre, apellido <b>Número de ID de inscripto:</b> XXXXXXXXXX <b>Número de Medicaid:</b> 7XXXXXXXXX <b>Fecha de nacimiento:</b> 01/01/01 <b>Género:</b> M/F	 THE HSC HEALTH CARE SYSTEM Health Services for Children with Special Needs, Inc.
<b>Nombre y apellido del PCP</b> <b>Nombre de grupo del PCP</b> <b>Número de teléfono del PCP</b>	<b>Tarjeta de ID de inscripto</b>
<b>Nombre y apellido del PDP</b> <b>Nombre de grupo del PDP</b> <b>Número de teléfono del PDP</b>	
Copagos: visita consultorio: \$0    RX: \$0    emergencia: \$0	

### Dorso de la tarjeta

Lleve consigo esta tarjeta en todo momento. Llame al 911 si piensa que tiene una emergencia médica.

<b>Servicios para inscriptos:</b> 24 horas, todos los días:	(202) 467-2737
<b>LabCorp:</b>	1(800) 762-4344
<b>Autorización previa:</b> 24 horas, todos los días:	(202) 467-2737
<b>Atención al cliente de CVS:</b>	1(866) 885-4944
<b>Compañía de seguros Delta Dental:</b>	1(888) 258-8023
<b>Verida:</b>	1(866) 991-5433
<b>Departamento de Salud Conductual:</b>	1(888) 793-4357
<b>Administración de la Seguridad Económica (ESA):</b>	(202) 645-4614

Los reclamos pueden enviarse a la siguiente dirección:  
HSCSN, ATTN: Claims Department, P.O. Box 29055, Washington, DC 20017. Si encontró esta tarjeta, envíela por correo: HSCSN, Attn. Customer Care Services, P.O. Box 29055, Washington, DC 20017  
Si necesita más información, visite [www.hscsnhealthplan.org](http://www.hscsnhealthplan.org).  
Si necesita adaptaciones razonables, llame al (202) 467-2737.

  
DHCF GOVERNMENT OF THE DISTRICT OF COLUMBIA  
MURIEL BOWSER, MAYOR  
Este programa es financiado, en parte, por el Departamento de Finanzas para la Atención Médica del Gobierno del Distrito de Columbia.

*HSCSN cumple con todas las leyes federales sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo.*

Cada inscripto de HSCSN tiene su propia tarjeta. Es ilegal permitir que otra persona use su tarjeta de ID de inscripto.

**Recuerde llevar su tarjeta de ID de inscripto y una identificación con foto con usted en todo momento. Siempre muestre su tarjeta antes de recibir atención médica o retirar medicamentos en una farmacia.**

# Su proveedor de atención primaria (PCP)

Ahora que ya está inscrito en HSCSN, su proveedor de atención primaria (PCP) lo ayudará a obtener la atención médica que necesita.

Es importante que, cuando necesite atención, primero llame a su PCP. Si ya tenía un PCP antes de que se le asignara HSCSN, llame a Servicios para Inscritos al (202) 467-2737 o al 1-(866) 937-4549. Podemos ayudarlo a mantener ese PCP, si así lo desea.

## Cómo elegir a su PCP

1. Elija a un PCP cuando se inscriba en HSCSN. Esta persona será su PCP mientras usted esté inscrito en HSCSN.
  - Si su PCP actual es un proveedor de la red de HSCSN, puede mantener a ese médico.
  - Si no tiene un PCP, puede elegirlo de una lista de médicos en nuestro Directorio de proveedores o en [www.hscsnhealthplan.org](http://www.hscsnhealthplan.org).
  - Si necesita ayuda para elegir a un médico, llame a Servicios para inscritos al (202) 467-2737 o al 1-(866) 937-4549.
  - Si no elige a un PCP en los primeros 10 días desde que forma parte de nuestro plan, elegiremos un médico por usted. Si no le gusta el PCP que elegimos para usted, puede cambiarlo. Para cambiar de PCP, llame a Servicios para Inscritos al (202) 467-2737 o al 1-(866) 937-4549.
  - HSCSN le enviará una tarjeta de ID de inscrito. Su tarjeta tendrá el nombre y el número de teléfono de su PCP.
2. Elija a un PCP para cada familiar inscrito en HSCSN. Su PCP puede ser uno de los siguientes:
  - Médico de familia o generalista: en general, puede atender a toda la familia.
  - Médico especialista en medicina interna: suele atender solo a adultos y a niños mayores de 14 años.
  - Pediatra: atiende a niños, desde recién nacidos hasta adultos.
  - Obstetra y ginecólogo (OB/GYN): se especializa en la salud de la mujer y la atención de la maternidad.
  - Si usted o su hijo tienen necesidades de atención médica especial, puede elegir a un especialista como su PCP.
3. Cuando elija a su PCP, tenga en cuenta lo siguiente:
  - Intente elegir a un médico que pueda enviarlo al hospital que usted desea. No todos los médicos pueden enviar a los pacientes a todos los hospitales. En nuestro directorio de proveedores, verá a qué hospitales puede enviarlo cada PCP. También puede llamar a Servicios para Inscritos para pedir ayuda.
  - Puede pasar que el PCP que usted elija no pueda tomar nuevos pacientes. Le diremos si necesita elegir a otro médico.
  - Elija a un médico que esté cerca de su casa o su lugar de trabajo.



## Cómo cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP en cualquier momento. Solo elija a un nuevo PCP del Directorio de proveedores. Cuando haya elegido a un nuevo PCP, llame a Servicios para Inscriptos al (202) 467-2737 o al 1-(866) 937-4549. Si necesita ayuda para elegir a un nuevo PCP, en Servicios para Inscriptos podrán ayudarle.



# Su proveedor dental primario (PDP)

Ahora que ya está inscrito en HSCSN, su PDP (proveedor dental primario) lo ayudará a obtener la atención dental que necesita.

Delta Dental administra los beneficios dentales para HSCSN. Puede comunicarse con el **Servicio para Clientes de Delta Dental** de forma gratuita al 1-(888) 258-8023, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., horario del este. Puede visitar su sitio web [www.deltadentalins.com/hscsn](http://www.deltadentalins.com/hscsn). Si necesita ayuda para contactarse con Delta Dental, llame a Servicios para inscritos de HSCSN al (202) 467-2737.

Es importante que, cuando necesite atención dental, primero llame a su PDP. Si ya tenía un dentista antes de que se le asignara HSCSN, llame a Servicios para Inscritos al (202) 467-2737 o al 1-(866) 937-4549. Podemos ayudarlo a mantener ese dentista, si así lo desea.

## Cómo elegir a su PDP

1. Elija a un PDP cuando se inscriba en HSCSN. Esta persona será su PDP mientras usted esté inscrito en HSCSN.
  - Si su PDP actual es un proveedor de la red de HSCSN, puede mantener a ese dentista.
  - Si no tiene un PDP, puede elegirlo de una lista de dentistas en nuestro Directorio de proveedores o en [www.hscsnhealthplan.org](http://www.hscsnhealthplan.org).
  - Si necesita ayuda para elegir a un dentista, llame a Servicios para Inscritos al (202) 467-2737 o al 1-(866) 937-4549.
  - Si no elige a un PDP en los primeros 10 días desde que forma parte de nuestro plan, elegiremos un dentista por usted. Si no le gusta el PDP que elegimos para usted, puede cambiarlo. Para cambiar de PDP, llame a Servicios para Inscritos al (202) 467-2737 o al 1-(866) 937-4549.
  - HSCSN le enviará una tarjeta de ID de inscrito. Su tarjeta tendrá el nombre y el número de teléfono de su PDP.
  - Elija a un PDP para cada familiar inscrito en nuestro plan. Esto incluye a los niños. Su PDP puede ser uno de los siguientes:
    - Dentista de familia o generalista: en general, puede atender a toda la familia.
2. Cuando elija a su PDP, tenga en cuenta lo siguiente:
  - En nuestro directorio de proveedores, verá a qué hospitales puede enviarlo cada PDP. También puede llamar a Servicios para Inscritos para pedir ayuda.
  - Puede pasar que el PDP que usted elija no pueda tomar nuevos pacientes. Le diremos si necesita elegir a otro dentista.

## Cómo cambiar de PDP

Puede cambiar de PDP en cualquier momento. Solo elija a un nuevo PDP del Directorio de proveedores. Cuando haya elegido a un nuevo PDP, llame a Servicios para Inscritos al (202) 467-2737 o al 1-(866) 937-4549. Si necesita ayuda para elegir a un nuevo PDP, en Servicios para Inscritos podrán ayudarlo. Cuando haya elegido a un nuevo PDP, llame a Servicios para Inscritos al (202) 467-2737 o al 1-(866) 937-4549.



# Atención de rutina, atención de urgencia y atención de emergencia

Existen tres (3) tipos de atención médica que puede necesitar: atención de rutina, atención de urgencia y atención de emergencia.

## Atención de rutina

La atención de rutina es la atención habitual que recibe de su PCP. También es la atención que recibe de otros médicos a quienes lo refiere su PCP. La atención de rutina puede ser un control, una evaluación física o de salud, y la atención de afecciones como la diabetes, el asma y la hipertensión. Si necesita atención de rutina, llame al consultorio de su PCP y pida una cita.

Atención de rutina:

- Controles.
- Visitas de salud.
- Evaluaciones de salud.
- Atención de afecciones de salud como la diabetes, la hipertensión y el asma.

## Atención de urgencia

La atención de urgencia es aquella que necesita dentro de las 24 horas, pero no ya mismo. Algunos problemas de atención de urgencia:

- Fiebre de 101 °F.
- Dolor de garganta.
- Vómitos.
- Dolor de oídos.

**Si necesita atención de urgencia, llame al consultorio de su PCP.** Si el consultorio de su PCP está cerrado, deje un mensaje a la persona que responda el teléfono cuando el consultorio está cerrado. Luego, llame a la Línea de ayuda de Enfermería al (202) 467-2737 o al 1 (866) 937-4549. Un enfermero le ayudará a decidir si necesita ir urgente a ver a un médico. El enfermero le dirá cómo obtener atención médica. No necesita ir a la sala de emergencias ni usar una ambulancia en casos de atención de rutina o de urgencia.

## Atención de emergencia

La atención de emergencia es aquella que necesita de inmediato para tratar una afección o una lesión grave, repentina (que, en muchos casos, pone en riesgo la vida). Tiene derecho a acudir a cualquier hospital para recibir atención de emergencia. No se necesita autorización previa para los servicios de atención de emergencia.

Si tiene una emergencia —esto incluye aquellas relacionadas con la salud conductual o el consumo de alcohol u otras drogas—, diríjase a la sala de emergencias (ER) más cercana para recibir atención de inmediato. Si va a una ER mientras está fuera de la ciudad, pida al personal de la ER que llame a su PCP.



## QUÉ HACER SI TIENE UNA EMERGENCIA

1. Llame al 911 o diríjase a la sala de emergencia (ER) más cercana.
2. Muestre su tarjeta de ID de inscripto de HSCSN en la ER.
3. Apenas pueda, llame a su PCP.
4. Después de la visita a la ER, comuníquese con su administrador de la atención de HSCSN.

**Ante una crisis de salud conductual o para hablar con la línea directa de suicidios, llame al 988.**



# Atención cuando se encuentra fuera de la ciudad

## Si se encuentra fuera de la ciudad

Cuando necesite ver a un médico o retirar medicamentos y esté fuera de la ciudad, haga lo siguiente:

### Atención de rutina

Debe llamar y preguntar si pagaremos para que usted vea a un médico o a otro proveedor cuando esté fuera de la ciudad, porque los médicos fuera del distrito de Columbia no son parte de HSCSN. Si HSCSN no lo aprueba antes de que usted obtenga atención médica, usted mismo deberá pagar por la atención. Si necesita una reposición de receta mientras está fuera de la ciudad, puede acudir a una farmacia de la red de CVS Health. Llame a CVS Health al 1 (866) 885-4944 o a Servicio de Atención al Cliente de HSCSN al (202) 467-2737 o 1 (866) 937-4549 para saber dónde hay una farmacia de la red.

### Atención de urgencia

Llame a su PCP. Si el consultorio de su PCP está cerrado, llame a la Línea de ayuda de Enfermería (inserte número de teléfono). Un enfermero le ayudará a decidir si necesita ir urgente a ver a un médico. El enfermero le puede decir cómo obtener atención médica. No necesita ir a la sala de emergencias ni usar una ambulancia en casos de atención de rutina o de urgencia.

### Atención de emergencia

Si tiene una emergencia —esto incluye aquellas relacionadas con la salud mental o el consumo de alcohol u otras drogas—, diríjase a la sala de emergencias (ER) más cercana para recibir atención de inmediato. Si va a una ER, pida al personal de la ER que llame a su PCP. Si va a la sala de emergencias, llame a Servicios para Inscritos lo antes posible. **No se necesita autorización previa para los servicios de atención de emergencia.**

Llame a Servicios para Inscritos al (202) 467-2737 o al 1-(866) 937-4549 lo antes posible. HSCSN pagará por los servicios de emergencia recibidos tanto dentro como fuera de la red.

### Reposición de medicamentos con receta

Si necesita una reposición de receta mientras está fuera de la ciudad, llame a Atención al Cliente de CVS Health al 1 (866) 885-4944.

Si su hijo necesita ver a un médico mientras está fuera de la ciudad, llame a Servicios para Inscritos al (202) 467-2737 o al 1-(866) 937-4549.

Si alguna vez recibe una factura por atención médica o dental de un período en el que usted estuvo fuera de la ciudad, comuníquese con su administrador de la atención y envíele una copia del frente y el dorso de la factura. Trabajaremos con el proveedor para resolver el problema de facturación.



## Proveedores dentro de la red y fuera de la red

HSCSN pagará por la atención que reciba cuando vea a uno de nuestros médicos u otros proveedores de atención médica. A estos médicos u otros proveedores de atención médica, los llamamos proveedores “dentro de la red”. Un médico o proveedor que no es uno de nosotros se denomina proveedor “fuera de la red”. Puede encontrar a todos estos médicos “dentro de la red” en nuestro Directorio de proveedores.

Si acude a un médico, hospital o laboratorio “fuera de la red”, es posible que deba pagar por la atención. No tendrá que pagar si preguntó antes a HSCSN, y nosotros respondimos —por lo general, por escrito— que sí puede contratar esos servicios. Esto se llama “autorización previa”.

HSCSN brindará servicios adecuados y oportunos a cargo de un proveedor fuera de la red aprobado si HSCSN no tiene un proveedor dentro de la red que pueda ofrecer el servicio cubierto.

Si acude a un médico, hospital o laboratorio “fuera de la red”, es posible que reciba una factura por la atención recibida si no se comunicó con HSCSN antes de su visita. Se brinda la autorización previa para que usted acceda a beneficios de cobertura. Con una autorización previa de HSCSN, puede acceder a un proveedor “fuera de la red”. Para algunos proveedores “dentro de la red”, también necesitará una autorización previa antes de la visita, según el servicio que necesite. Cuando tenga una “autorización previa”, no recibirá ninguna factura.

Si alguna vez recibe una factura de cualquier proveedor, comuníquese con su administrador de la atención y envíele una copia del frente y el dorso de la factura. Trabajaremos con el proveedor para resolver el problema de facturación. También puede enviar una copia de la factura, frente y dorso, al Departamento de Relaciones con Proveedores a [Prelations@hschealth.org](mailto:Prelations@hschealth.org) para recibir ayuda con la factura.

**La autorización previa significa la aprobación anticipada de un servicio cubierto. HSCSN exige autorización previa de todos los servicios fuera de la red, excepto los servicios de emergencia y los servicios de planificación familiar. HSCSN exige autorización previa de algunos servicios dentro de la red. Esto incluye fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla, servicios de salud en el hogar y servicios de análisis de la conducta aplicada (ABA), entre otros.**

**No necesita autorización previa para recibir atención de emergencia. Llame a Servicios para Inscritos al (202) 467-2737 para preguntar cómo obtener una autorización previa y qué servicios exigen autorización previa.**

También puede visitar a un proveedor de planificación familiar de su elección, incluso si este está fuera de la red. No se necesita autorización previa. Consulte la página 26 para obtener más información sobre los servicios de planificación familiar.



# Programación de citas

## Cómo programa una cita con su PCP o su PDP

- Tenga a mano su tarjeta de ID de inscripto, lápiz y papel.
- Llame al consultorio de su PCP. Busque el número de teléfono de su PCP en el frente de su tarjeta de ID de inscripto. También lo encontrará en su Directorio de proveedores o en línea en [www.hscsnhealthplan.org](http://www.hscsnhealthplan.org).
- Dígale a la persona que responda que usted está inscripto en HSCSN. Dígale que quiere programar una cita con su PCP.
- Explique por qué necesita una cita. Por ejemplo:
  - Usted o un familiar inscripto se sienten mal.
  - Se lastimó o tuvo un accidente.
  - Necesita un control o atención de seguimiento.
- Anote la hora y la fecha de su cita.
- Preséntese a la cita a tiempo. Lleve su tarjeta de ID de inscripto y una identificación con foto con usted.
- Si necesita ayuda para programar una cita, llame a Servicios para Inscriptos al (202) 467-2737 o al 1-(866) 937-4549.

## Cómo cambiar o cancelar una cita

- Es muy importante que asista a su cita y que llegue a tiempo.
- Si necesita cambiar o cancelar su cita, llame al consultorio del médico al menos 24 horas antes de la cita.
- Para algunas citas, es posible que deba llamar con más de 24 horas de anticipación para cancelar.
- Si no se presenta a la cita o si llega tarde, su médico podrá decidir que usted no sea su paciente.

## Cómo recibir atención si el consultorio de su PCP o su PDP está cerrado

Si necesita hablar con su PCP o su PDP cuando el consultorio esté cerrado, llame al consultorio de su PCP o PDP, deje un mensaje a la persona que responda el teléfono y no olvide mencionar su número de teléfono. Lo llamarán lo antes posible. Si tiene una emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias. También puede llamar a la Línea de ayuda de Enfermería las 24 horas: (202) 467-2737 o 1 (866) 937-4549.



## ¿Cuánto tiempo de demora tendrá para la visita a su médico?

En el consultorio de su médico, le darán una cita para unos días después de su llamada. Llame al (202) 467-2737 si no puede conseguir una cita en esos períodos. En la tabla a continuación, verá cuánto demora tendrá su cita.

Tipo de visita	Su problema	Demora para ver a su médico
<b>Visita de urgencia</b>	Está lastimado o enfermo, y necesita atención en las próximas 24 horas para no empeorar, pero no necesita ver a un médico inmediatamente. Ejemplos de problemas de atención de urgencia: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Fiebre de 101 °F.</li> <li>● Dolor de garganta.</li> <li>● Vómitos.</li> <li>● Dolor de oídos.</li> </ul>	Dentro de las 24 horas
<b>Visita de planificación familiar</b>	Cree que puede estar embarazada o quiere hablar sobre un embarazo u otros temas relacionados con la planificación familiar.	Dentro de los 10 días desde la solicitud
<b>Visita de rutina</b>	Tiene una lesión o enfermedad leve, o necesita un control habitual, pero no necesita una cita de urgencia.	Dentro de los 30 días
<b>Visita de seguimiento</b>	Necesita ver a un médico después de un tratamiento. Solo necesita asegurarse de que está sanando bien.	Dentro de 1 o 2 semanas, según el tipo de tratamiento.
<b>Visitas de bienestar para adultos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Es su primera cita con un nuevo médico.</li> <li>● Debe hacerse un control de rutina para adultos.</li> <li>● Debe hacerse un examen de próstata, un examen pélvico, una prueba de Papanicoláu o un examen de mamas.</li> </ul>	Dentro de los 30 días o antes, de ser necesario
<b>Citas no urgentes con especialistas (por medio de remisión)</b>	Su PCP lo remitió para que vea a un especialista por una afección no urgente.	Dentro de los 30 días
<b>Controles no urgentes de EPSDT para niños</b>	Su niño debe hacerse un control de detección temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento (EPSDT).	Control inicial: dentro de los 60 días  Controles adicionales: dentro de los 30 días de las fechas previstas en el caso de niños menores de dos años; dentro de los 60 días de las fechas previstas en el caso de los niños de dos años o más.
<b>Evaluaciones de IDEA (intervención temprana)</b>	Pruebas (“evaluaciones”) para niños de hasta 3 años con riesgo de tener un retraso del desarrollo o una discapacidad.	Dentro de los 30 días

# Servicios de apoyo

## Servicios de transporte

Los servicios no cubiertos son servicios que HSCSN no cubre, pero que el Departamento de Finanzas para la Atención Médica (DHCF) u otras agencias del distrito sí cubren. HSCSN ofrece transporte a las citas con su médico, si usted las necesita. HSCSN también brinda transporte ida y vuelta para que asista a los servicios no cubiertos. Verida ofrece una red de proveedores de transporte certificados, registrados, capacitados y con seguro para su transporte médico no urgente.

- Llame a Verida al 1 (866) 991-5433 para decirles a qué hora y qué día necesita que lo busquen.
- Debe llamar, al menos, 24 horas antes (sin incluir sábado ni domingo) de su cita para conseguir transporte.
- Verida no ofrece opciones de transporte alternativas para los inscritos que no llamen, al menos, 3 horas antes de las necesidades médicas urgentes.
- Debe llamar, al menos, 3 horas antes de las citas de urgencia coordinadas ese mismo día.
- Si necesita transporte a las visitas de EPSDT o visitas urgentes, puede llamar el día anterior a la cita para pedirlo.
- Los tipos de transporte dependerán de sus necesidades médicas. Se incluyen, entre otros:
  - Furgonetas con acceso para sillas de rueda.
  - Vehículos de pasajeros.
  - Ambulancias (no emergencias).
  - Opciones de vehículos compartidos públicos que puedan usarse, según la disponibilidad del proveedor.
- Avise a Verida de todas las adaptaciones especiales que necesite:
  - La cantidad de personas que viajarán.
  - Asientos de automóvil.
  - Equipos de movilidad.
  - Equipos médicos.
- Brinde a Verida el nombre del inscripto, la ID de inscripto, el número de teléfono y la dirección donde deban buscarlo. Además, informe el nombre, la dirección y el número de teléfono de la institución médica o dental, o del consultorio del médico de destino.
- Si necesitan citas recurrentes o frecuentes, puede ser elegible para un pedido de transporte permanente. Comuníquese con su administrador de la atención para solicitar un pedido de transporte permanente para sus citas.
- Si necesita cambiar de transporte, actualizarlo o cancelarlo, llame a Verida al 1-(866) 991-5433 lo antes posible. Es posible que los proveedores de transporte no puedan adaptarse a actualizaciones o cambios que se pidan con menos de 24 horas de antelación antes de la cita.



- HSCSN ofrece servicios de transporte de larga distancia (más de 50 millas desde DC) para asistir a terapia familiar si tiene un hijo internado en una dependencia de tratamiento residencial psiquiátrico (PRTF) o para recibir atención médicamente necesaria. Comuníquese con su administrador de la atención lo antes posible para coordinar servicios de larga distancia.
- HSCSN ofrece a los inscritos servicios de viaje para terapia familiar. La terapia familiar es parte del tratamiento cuando usted o su hijo son internados en una PRTF.

### **Terapia familiar y servicios de transporte a larga distancia**

HSCSN pagará el viaje de larga distancia (más de 50 millas desde DC) para asistir a terapia familiar si tiene un hijo internado en una PRTF o para recibir atención médicamente necesaria. La terapia familiar en la PRTF debe ser parte del plan de tratamiento de su hijo para que HSCSN lo apruebe. El viaje de larga distancia para atención médicamente necesaria debe ser parte del plan de coordinación de la atención del inscrito para que HSCSN lo apruebe. Comuníquese con su administrador de la atención de HSCSN al menos dos semanas antes de su cita para coordinar el viaje.

### **Los siguientes servicios de terapia familiar y de transporte a larga distancia están cubiertos con HSCSN:**

- Viaje para un cuidador y una persona adicional a la PRTF, a las dependencias del proveedor y al hotel.
- Viaje de ida y vuelta de aeropuertos, estaciones de tren y estaciones de autobuses.
- Una habitación de hotel para usted y una persona adicional durante un máximo de dos noches. La habitación puede tener dos camas dobles o dos camas tamaño queen.
- Permisos de viaje o pases por motivos terapéuticos con su hijo como parte del tratamiento. El médico tratante y el equipo de la PRTF deben aprobar los permisos o pases de terapia. Si la distancia de viaje por permiso o pase terapéutico es mayor que 25 millas de la dependencia, usted también debe obtener la aprobación de HSCSN. Comuníquese con su administrador de la atención para presentar la solicitud antes de su viaje. Tenga en cuenta que HSCSN no paga por viajes cuando se trata de personal de otras agencias o proveedores de tratamiento.

### **HSCSN no cubre:**

- Automóviles de alquiler.
- Comida, juegos, ropa o paseos.
- Viajes en Lyft o taxis de más de 25 millas de distancia de la dependencia de tratamiento (solo ida) o más de 50 millas ida y vuelta. HSCSN no cubrirá los viajes en Lyft de uso personal. El uso personal incluye todo lo que no se relacione con la terapia de su hijo.
- Si desea viajar más de 50 millas, deberá obtener la aprobación de HSCSN. Comuníquese con su administrador de la atención para presentar la solicitud.



# Servicios de traducción e interpretación; servicios de asistencia auxiliar para personas con problemas de visión o de audición

## Servicios de interpretación

HSCSN brindará servicios de interpretación oral, si los necesita, de forma GRATUITA, inclusive en el hospital.

Llame a Servicios para Inscritos al (202) 467-2737 o al 1-(866) 937-4549 para solicitar los servicios de interpretación. Llámenos antes de la cita con su médico si necesita servicios de interpretación.

Estos suelen brindarse por teléfono. Si necesita que el intérprete lo acompañe a su cita médica, deberá informarnos dentro de los 5 días —cómo mínimo, dentro de las 48 horas— antes de la cita.

## Servicios de traducción

Si recibe información de HSCSN y necesita que se la traduzcan a otro idioma, llame a Servicios para Inscritos al (202) 467-2737 o al 1-(866) 937-4549.

## Servicios de asistencia auxiliar para personas con problemas de visión o de audición

Si tiene problemas de audición, llame a Servicios para Inscritos al TTY/TTD (202) 467-2709.

Si tiene problemas de visión, llame a Servicios para Inscritos al 1 (866) 937-4549 o (202) 467-2737. Podemos brindarle información grabada, en braille o en letra de mayor tamaño.



# Atención de especialidad y remisiones

## Cómo recibir atención de especialidad

Su PCP puede atender la mayoría de sus necesidades de atención médica. También es posible que necesite atención de otros proveedores.

HSCSN ofrece servicios de muchos proveedores diferentes. Estos proveedores se llaman especialistas porque se han capacitado en un área específica de medicina.

Su administrador de la atención trabajará con usted y su PCP para asegurarse de que necesita ver a un especialista.

HSCSN no exige autorización para ver a un especialista (doctor) de la red de HSCSN. Su PCP u otro médico tratante pueden remitirlo a un especialista. Si ya está recibiendo atención de un especialista, no necesita autorización de HSCSN para las visitas de seguimiento. Su PCP sigue el proceso de remisión y autorización de HSCSN para que usted obtenga servicios de especialidad que no estén dentro de la red.

Si quiere ver a un especialista que no está en la red de HSCSN, pero no obtuvo aprobación, y HSCSN decidió no pagar la visita, puede hacer lo siguiente:

- Coordinar una cita con otro médico dentro de la red de HSCSN y obtener una segunda opinión.
- Apelar nuestra decisión (consulte la página 65 en Apelaciones).
- Pedir una audiencia imparcial después del proceso de apelación (consulte la página 65 en Audiencias imparciales).

## Servicios de autorremisión

Existen ciertos servicios que puede obtener sin obtener permiso previo de su PCP. Estos se llaman servicios de autorremisión y se enumeran a continuación.

### NO necesita una remisión para lo siguiente:

- Ver a su PCP.
- Recibir atención cuando tiene una emergencia.
- Recibir servicios rutinarios o preventivos de su médico obstetra o ginecólogo dentro de la red (solo mujeres).
- Recibir servicios de planificación familiar.
- Recibir servicios por infecciones de transmisión sexual (ITS).
- Vacunarse.
- Recibir atención de seguimiento para los servicios de especialidad.
- Visitar a un proveedor de servicios de visión dentro de la red.
- Llevar a su niño a un proveedor de servicios dentales dentro de la red.
- Recibir servicios de salud mental o por problemas de consumo de alcohol u otras drogas.



## Servicios de salud mental

La atención de la salud mental se brinda tanto a adultos como a niños. Esta atención ayuda si siente depresión o ansiedad.

### Si usted o alguien de su familia necesita ayuda:

- Llame a su administrador de la atención.
- Llame a Servicios para Inscritos de HSCSN al (202) 467-2737 o al 1-(866) 937-4549.
- Llame a la línea directa del Departamento de Salud Conductual de DC al 1-(888) 793-4357, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

**Ante una crisis de salud conductual y para hablar con la línea directa de prevención de suicidios, llame al 988.**

## Servicios por problemas de consumo de alcohol u otras drogas

Los problemas de consumo de alcohol u otras drogas son peligrosos para su salud y pueden ser peligrosos para la salud de las personas que lo rodean. Es importante que vea a su médico si necesita ayuda con estos problemas. HSCSN lo ayudará a coordinar servicios de desintoxicación y coordinará la atención para que acceda a otros servicios. Para obtener servicios por estos problemas, puede:

- Llamar a Servicios para Inscritos al (202) 467-2737 o al 1-(866) 937-4549, o TTY/TTD (202) 467-2709, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Llamar al Centro de Evaluación y Remisión (ARC) del Departamento de Salud Conductual (DBH) directamente al (202) 727-8473.
- Todos los servicios de salud mental, y consumo de alcohol y drogas son confidenciales.

## Anticonceptivos y otros servicios de planificación familiar

NO necesita una remisión para acceder a anticonceptivos o a otros servicios de planificación familiar. Todos los servicios de anticonceptivos y de planificación familiar son confidenciales.

Puede obtener anticonceptivos y otros servicios de planificación familiar de cualquier proveedor que elija. No necesita una remisión para obtener estos servicios. Si elige un médico que brinde servicios de planificación familiar diferente de su PCP, avise a su PCP. Esto ayudará a que su PCP cuide mejor de usted. Hable con su PCP o llame a Servicios para Inscritos de HSCSN al (202) 467-2737, 1-(866) 937-4549, o TTY/TTD (202) 467-2709 para obtener más información sobre anticonceptivos u otros servicios de planificación familiar.

### Los servicios de planificación familiar incluyen:

- Prueba de embarazo.
- Asesoramiento para la mujer y la pareja.
- Anticonceptivos de rutina y de emergencia.
- Asesoramiento y vacunas.



- Exámenes del cuello de útero (prueba de Papanicoláu).
- Exámenes para detectar todas las infecciones de transmisión sexual.
- Tratamientos para todas las infecciones de transmisión sexual.
- Procedimientos de esterilización (debe tener más de 21 años y deberá firmar un formulario 30 días antes del procedimiento).
- Pruebas de detección del VIH y sida, y asesoramiento.

**Los servicios de planificación familiar no incluyen:**

- Estudios o procedimientos de infertilidad de rutina.
- Histerectomía como forma de esterilización.
- Procedimientos para revertir la esterilización voluntaria.
- Tratamiento contra el VIH y el sida.
- Interrupción voluntaria del embarazo.

**HIV y sida: exámenes de detección, asesoramiento y tratamiento**

Puede acceder a pruebas de detección del VIH y sida, y asesoramiento:

- Cuando recibe servicios de planificación familiar.
- Por parte de su PCP.
- En un centro de detección del VIH y asesoramiento.

Si quiere obtener más información sobre dónde puede hacerse un examen de VIH y recibir asesoramiento, llame a Servicios para Inscritos al (202) 467-2737, 1-(866) 937-4549, o TTY/TTD (202) 467-2709. Si necesita tratamiento contra el VIH, su PCP lo ayudará a recibir atención. También puede llamar a su administrador de la atención. Además, puede recibir profilaxis preexposición (PrEP) si su médico considera que usted corre alto riesgo de contagiarse el VIH.



## Servicios de farmacia y medicamentos con receta

Las farmacias son las tiendas en las que busca su medicina (medicamentos). Si su médico le da una receta, debe ir a una farmacia dentro de la red de HSCSN.

Encontrará una lista de todas las farmacias de la red de HSCSN en su Directorio de proveedores de HSCSN o en línea en [www.hscsnhealthplan.org](http://www.hscsnhealthplan.org).

Si necesita ayuda o quiere recibir una versión impresa, llame a Servicios para Inscritos al (202) 467-2737 o al 1-(866) 937-4549.

Si está fuera de la ciudad y tiene una emergencia o necesita atención de urgencia, consulte la sección **Atención si se encuentra fuera de la ciudad** en la página 19.

### Cómo obtener los medicamentos recetados:

- Elija una farmacia que sea parte de la red HSCSN y esté cerca de su lugar de trabajo o su casa.
- Cuando tenga la receta, vaya a la farmacia y entregue la receta al farmacéutico junto con su tarjeta de ID de inscrito de HSCSN.
- Si necesita ayuda, llame a Servicios para Inscritos al (202) 467-2737, al 1-(866) 937-4549 o al TTY/TTD (202) 467-2709.

### Cuestiones que debe recordar:

- No le deben pedir que pague los medicamentos. Si en la farmacia o la tienda, le piden que pague, llame a Servicios para Inscritos de HSCSN.
- En algunos casos, es posible que su médico necesite una autorización previa (PA) de HSCSN para recetarle un medicamento. Mientras su médico espera la autorización previa, usted tiene derecho a recibir los medicamentos:
  - durante un máximo de 72 horas; o bien
  - la cantidad necesaria para cubrir una ronda completa del medicamento, si lo toma menos de una vez por día.



## Tratamiento de las enfermedades

Si tiene una enfermedad crónica o una necesidad de atención médica especial, como asma, diabetes, obesidad, trastorno del espectro autista o discapacidad intelectual, anemia de células falciformes, VIH, traumatismo y TDAH, podemos inscribirlo en nuestro Programa de Tratamiento de las Enfermedades. Esto significa que tendrá un administrador de la enfermedad. El administrador de la enfermedad trabaja para HSCSN y lo ayudará a obtener los servicios y la información que necesita para tratar su enfermedad y estar más sano.

En un esfuerzo por respaldar las metas de salud generales suyas o de su hijo, el Programa de Tratamiento de las Enfermedades se creó para ayudar a nuestros inscriptos a recibir atención médica de calidad basada en afecciones de salud específicas. HSCSN trabaja junto con nuestros inscriptos para ayudar con el tratamiento de afecciones de salud crónicas.

Nuestro Programa de Tratamiento de las Enfermedades es parte del Programa de Administración de la Atención existente de HSCSN. Su administrador de la atención de HSCSN o un enfermero que trabaje con su administrador de la atención estará a cargo de la coordinación relacionada con su afección crónica.

### ¿Qué incluye el tratamiento de las enfermedades?

- Evaluaciones de salud relacionadas con su afección o la de su hijo.
- Educación de salud centrada en afecciones de salud crónicas.
- Diseño de un plan de acción.
- Aplicación de pautas establecidas para la atención de la afección.
- Visitas presenciales o virtuales de un administrador de la atención de HSCSN para conversar sobre la afección.
- Remisiones a recursos comunitarios.
- Trabajo con sus médicos o los de su hijo para tratar la afección de salud crónica.

**Si tiene alguna pregunta sobre el Programa de Tratamiento de las Enfermedades de HSCSN, comuníquese con su administrador de la atención o llame a Servicios para Inscriptos al (202) 467-2727 o (202) 467-2737.**



## Programas de Coordinación de la Atención y Administración de Casos

Para estar inscrito en HSCSN, necesita aceptar la administración de la atención. Usted o su hijo tendrán a un administrador de la atención, que los ayudará a obtener los servicios y la información que necesiten para tratar su enfermedad crónica y mejorar su salud. Su equipo de administración de la atención se comunicará con usted dentro de los primeros 5 días posteriores a la inscripción en el plan de salud. Se reunirán con usted en persona para recabar información a fin de iniciar con su plan de atención. Su administrador de la atención le preguntará lo siguiente sobre usted o su hijo:

- Afecciones médicas.
- Medicamentos.
- Información escolar.
- Proveedores de atención médica.

El equipo de administración de la atención de HSCSN puede ayudarlo a usted o a su hijo con lo siguiente:

- Obtener servicios cubiertos.
- Coordinar citas médicas y exámenes.
- Coordinar el transporte.
- Buscar maneras de asegurarse de que recibe el servicio correcto.
- Encontrar recursos útiles para las necesidades de atención médica especial o para que sus cuidadores puedan lidiar con el estrés diario.
- Conectarse con servicios sociales y comunitarios.
- Gestionar la transición de sus servicios de atención médica cuando abandone HSCSN.
- Asegurarse de que sus proveedores o los de su hijo reciban información sobre el diseño de su plan de atención.
- Asegurarse de que la escuela de su hijo, las agencias del distrito y los proveedores fuera de la red le brindan los servicios en un plan de tratamiento.
- Ayudarlo a entender su afección o la de su hijo, y cómo tratarla.
- Conectarlo con las personas de la comunidad que pueden ayudarlo o ayudar a su hijo.
- Reunirse con usted (en persona o de forma virtual) durante el año para lo siguiente:
  - Completar evaluaciones.
  - Hablar sobre sus necesidades de atención.
  - Hablar de su plan de coordinación para usted o su hijo.

Si usted o su hijo tienen una enfermedad crónica, una discapacidad o una necesidad de atención médica especial, como diabetes, enfermedades mentales o asma, HSCSN puede ofrecerles servicios y programas como ayuda adicional con sus necesidades de atención médica. HSCSN se reunirá con usted, su proveedor de atención médica y los sistemas de salud, y lo ayudará a acordar un plan de tratamiento. Usted o su hijo tendrán un administrador de la atención, que los ayudará a obtener los servicios y la información que necesiten para tratar su enfermedad crónica y mejorar su salud.



Su administrador de la atención se reunirá con usted en persona una vez por año o con más frecuencia según sus necesidades de atención médica o las de su hijo. Si tiene alguna inquietud sobre su administrador de la atención, llame a Servicios para Inscritos al (202) 467-2737 o al 1-(866) 937-4549.

Nuestro personal puede darle más información. También pueden decirle en qué programas está inscripto actualmente. También puede pedir una remisión o que lo retiren de un programa.



## **Derechos y responsabilidades del Programa de Administración de la Atención**

HSCSN reconoce los derechos de los inscriptos de involucrarse en cada parte de su atención. Motivamos a los inscriptos a usar sus derechos para tomar decisiones basadas en el conocimiento de sus necesidades y en la participación en el tratamiento. Esto les permitirá evaluar los servicios recibidos y los proveedores de los servicios.

### **I. Derechos del inscripto y la familia:**

- A. Ser tratado con empatía y respeto por el personal de HSCSN.
- B. Tener privacidad.
- C. Obtener información anual sobre los servicios de HSCSN, los proveedores y los derechos y responsabilidades.
- D. Conocer los nombres de todo el personal de atención médica y los proveedores involucrados en su atención.
- E. Compartir sus pensamientos sobre los derechos y las responsabilidades del inscripto.
- F. Recibir información por escrito cada año o 30 días antes de cualquier cambio que se aplique a la membresía o a los beneficios.
- G. Elegir o cambiar de proveedores dentro de la red.
- H. Conocer sus necesidades de salud y autorizar tratamientos antes de que se lleven a cabo.
  - I. Saber cómo obtener autorización para los servicios antes de que se presten (la autorización no es necesaria en caso de servicios de emergencia).
- J. Saber cómo y cuándo llamar al 911.
- K. Saber qué son las afecciones médicas de emergencia y conocer los tratamientos de seguimiento o los servicios disponibles.
- L. Tener una conversación abierta sobre las opciones de tratamientos correctas o necesarias desde el punto de vista médico, independientemente del costo o la cobertura de beneficios.
- M. Ser parte del proceso de toma de decisiones sobre la atención médica del inscripto. Tiene derecho a aceptar o rechazar el tratamiento antes de que se aplique al inscripto. Los inscriptos tienen derecho a buscar una segunda opinión o a rechazar ofertas de tratamiento.
- N. Acceder a una segunda opinión fuera de la red, coordinada por HSCSN y sin costo para el inscripto, si no hay un proveedor en la red.
- O. Acceder a un transporte para todas las citas necesarias desde el punto de vista médico.
- P. Acceder a las políticas de HSCSN en un idioma que usted entienda para que pueda tomar decisiones.
- Q. Expresar sus inquietudes y quejas al personal de HSCSN y recibir una respuesta en tiempo y forma.
- R. Comunicarse con el defensor del Departamento de Finanzas para la Atención Médica (DHCF) a fin de expresar sus inquietudes o quejas en cualquier momento sin miedo a las represalias. Acceder a una audiencia imparcial y recibir ayuda de HSCSN o del personal del DHCF, de ser necesario.



- S. Tener directivas anticipadas relacionadas con la atención del niño o del adulto joven, en caso de que haya peligro de muerte. En esas directivas, se indica qué desea que se haga si usted no puede tomar sus propias decisiones médicas, si tiene 18 años o más. Los inscritos deben acceder a la información sobre los cambios en la ley estatal, como máximo, 90 días después de la fecha de cambio.
- T. Mantener la confidencialidad de los registros de salud del niño o del adulto joven, y que solo puedan divulgarse con permiso escrito de un padre, tutor legal o menor emancipado.
- U. Ser capaz de solicitar y recibir una copia de su historia clínica, y solicitar que se enmiende o corrija, según se especifica en las sec. 164.524 y 164.526 del Título 45 del C.F.R.
- V. Recibir información por escrito dentro de los 10 días cuando se divulgue información relacionada con la atención de su hijo por medio de una solicitud legal.
- W. Acceder a atención médica para su hijo o adulto joven con consideración y privacidad durante el tratamiento, las entrevistas y todas las reuniones de planificación de la atención.
- X. Acceder a servicios de atención médica de HSCSN para el niño o adulto joven las 24 horas del día, todos los días del año.
- Y. Los inscritos o cuidadores tienen derecho a no sentirse forzados ni juzgados por ningún motivo.
- Z. Los inscritos que no hablen inglés recibirán servicios de traducción.
- AA. Los inscritos recibirán los documentos traducidos a otros idiomas y formatos.
- BB. Los inscritos con poco nivel de inglés (LEP) tienen derecho a presentar una queja si no se brindan servicios de interpretación en el momento adecuado.
- CC. Ser libre de restricciones como medio de disciplina o venganza.
- DD. Conocer la situación financiera de HSCSN. Los empleados no serán responsables de las deudas ni de la situación financiera de HSCSN, y no serán responsables del pago de los servicios cubiertos.
- EE. Conocer el programa de medicamentos recetados de HSCSN, la política del programa y el derecho del inscripto a que se le entregue un medicamento mientras la receta está en proceso de reclamo o apelación.
- FF. Una descripción de los Planes de Incentivo para Médicos (PIP) de HSCSN.
- GG. Resúmenes de las encuestas de satisfacción de los inscritos basados en los requisitos de la sec. 438.10(i)(3)(iv) del Título 42 del C.F.R.
- HH. Acceder a provisiones y servicios de planificación familiar de todos los proveedores de Finanzas para la Atención Médica del distrito de Columbia.
- II. Recibir una copia de este manual del inscripto y un Directorio de proveedores.



## II. Responsabilidades del inscripto y la familia:

- A. Tratar al personal de HSCSN y a los proveedores con amabilidad y respeto cuando reciba atención médica o servicios de coordinación de la atención.
- B. Trabajar con los proveedores y los administradores de la atención del inscripto para crear y seguir planes e instrucciones de atención según lo acordado.
- C. Conocer los problemas de salud propios y de su hijo, y ser parte de la planificación para tratarlos.
- D. Avisar a su trabajador y a su médico si desea hacer un cambio en el plan de atención.
- E. Mostrar la tarjeta de HSCSN y el registro de vacunas cuando reciba atención médica.
- F. Presentarse a todas las visitas de salud y avisar a su médico y a HSCSN si necesita cancelar.
- G. Llegar a tiempo a cuando HSCSN lo lleve a sus visitas o a las de su hijo.
- H. Asegurarse de que haya un adulto con su hijo menor de 18 años durante las visitas al consultorio. El adulto deberá permanecer con el niño durante el traslado y la visita con el doctor.
- I. Estar a la espera de su hijo cuando HSCSN lo lleve de vuelta de su visita o programa de salud.
- J. Si no puede estar allí, asegurarse de que haya un adulto de su confianza para recibir a su hijo.
- K. Brindar a HSCSN las divulgaciones de formularios de consentimiento (ROI) cuando se solicite.
- L. Avisar inmediatamente a HSCSN de cualquier cambio de nombre, dirección, número de teléfono o números de emergencia.
- M. Avisar a HSCSN si usted o su hija están embarazadas o han tenido un hijo mientras son parte de HSCSN.
- N. Avisar a HSCSN si algún padre o cuidador de su hijo ha fallecido, perdió el SSI, no vive en el hogar, está presos u otras situaciones que nos ayudarán cuando lo llamemos.
- O. Dar a los médicos y a HSCSN la información que necesiten. Esto ayuda a los médicos a brindarle atención de calidad. Nos ayuda a brindarle el servicio correcto.
- P. Compartir sus pensamientos sobre su atención y la de su hijo.
- Q. Todos los medicamentos y tratamientos nuevos deben estar aprobados.
- R. Ir a una sala de emergencia si tiene una emergencia.
- S. Ayudar a su médico a obtener registros de médicos anteriores.
- T. Avisar a la Administración de Mantenimiento de los Ingresos (IMA) y a HSCSN si usted o un familiar tienen otro seguro de salud.
- U. Hacer preguntas sobre su atención y la de su hijo, y sobre los servicios de HSCSN. Esto ayudará a los médicos a saber más de sus problemas de salud y los de su hijo.
- V. No involucrarse en fraudes o abusos al tratar con sus médicos o con HSCSN.



# Servicios para evitar que los adultos jóvenes se enfermen

HSCSN quiere que cuide de su salud. También queremos que se inscriba en los servicios de salud y bienestar que le ofrecemos. Los servicios de salud y bienestar incluyen evaluaciones, asesoramiento y vacunas.

## Recomendaciones para controles (“evaluaciones”)

Coordine una cita y consulte a su PCP, al menos una vez al año, para un control. Consulte la lista de “Servicios de bienestar para adultos” en la sección “Sus beneficios de salud” para saber de qué hablar con su PCP durante los controles.

**Coordine una cita para ver a su PCP, al menos una vez al año, para un control.**

## Asesoramiento de prevención

El asesoramiento de prevención lo ayudará a mantener una buena salud. Puede obtener recursos de asesoramiento de prevención sobre lo siguiente:

- Dieta y ejercicio.
- Consumo de alcohol y drogas.
- Dejar de fumar.
- Prevención del VIH y el sida.
- Salud conductual.

## Vacunas

Si usted es adulto, es posible que necesite algunas vacunas. Hable con su PCP sobre las que podría necesitar.



# Embarazo

Si está embarazada o cree que podría estarlo, es muy importante que vaya inmediatamente a ver a su médico obstetra-ginecólogo. No necesita ver a su PCP antes de coordinar esta cita.

## Si está embarazada:

- Llame a su PCP.
- Llame a su administrador de la atención.
- Llame a la Administración de la Seguridad Económica (ESA) al 202-727-5355 para informar su embarazo.
- Llame a Servicios para Inscriptos al (202) 467-2737 o al 1-(866) 937-4549.

Hay algunas cuestiones que deberá controlar si está embarazada. Esto la ayudará a asegurarse de que tendrá un embarazo, un parto y un bebé saludables. Esto se llama atención prenatal. Recibe atención prenatal antes de que nazca su bebé.

**Recuerde que, si está embarazada o piensa que lo está, no debe beber alcohol, consumir drogas ni fumar.**

## Atención prenatal y posparto

### Atención prenatal

Hay algunas cuestiones que deberá controlar si está embarazada. Esto la ayudará a asegurarse de que tendrá un embarazo, un parto y un bebé saludables. Esto se llama atención prenatal. Recibe atención prenatal antes de que nazca su bebé.

La pondrán en contacto con un administrador de la atención obstétrica (OB), quien trabajará con usted durante el embarazo y hasta 12 semanas después del parto. Su administrador de la atención OB lo ayudará con lo siguiente:

- Seleccionar a un proveedor OB, si aún no seleccionó uno.
- Ayudarla con la programación de todas las citas prenatales.
- Hablar con usted sobre la nutrición adecuada.
- Ayudarla a conectarse con los recursos comunitarios (p. ej., WIC, clases de parto, etc.).
- Hablar con usted sobre las distintas etapas del embarazo y las expectativas.
- Ayudarla a prepararse para el parto y la maternidad.

### Atención posparto

Llame a su administrador de la atención apenas tenga a su bebé. Su administrador de la atención la ayudará a inscribir a su bebé en HSCSN. Su administrador de la atención OB la visitará dentro de los 2 días posteriores a su salida del hospital, incluso si su bebé no se fue a su casa con usted. Durante esta visita, su administrador de la atención OB hará lo siguiente:



## **Tareas de su administrador de la atención OB:**

- Responder todas sus preguntas sobre la recuperación.
- Enseñarle cómo cuidar a su nuevo bebé.
- Conversar sobre alimentar con botellón o amamantar.
- Evaluar si tiene depresión posparto y si necesita servicios de apoyo.
- Evaluar la seguridad del hogar y la seguridad para los traslados.
- Evaluar sus inquietudes sobre la salud y el desarrollo de su recién nacido.

## **Durante el posparto, asegúrese de lo siguiente:**

- Llamar a su médico obstetra o ginecólogo para programar el control posparto. Esto suele hacerse 4 a 6 semanas después de que tuvo al bebé, salvo que su médico quiera verla antes.
- Elegir a un pediatra para su bebé. Si necesita ayuda para encontrar a un pediatra, llame a su administrador de la atención OB.
- Llamar al consultorio del médico para programar una cita para su bebé. Intente coordinar una cita cuando su bebé cumpla 2 semanas de vida, salvo que el pediatra quiera ver a su bebé antes.

**Cuando tenga a su bebé, llame a Servicios para Inscritos al (202) 467-2737 o al 1-(866) 937-4549, y al ESA al 202-727-5355.**

## **La salud de su hijo**

### **Programa de Control de Salud para Niños (EPSDT)**

HSCSN quiere ayudar a que sus hijos crezcan sanos. Si su hijo es parte del Programa Familias Sanas (Healthy Families) (Medicaid) de D.C., estará en el Programa de Control de Salud, también llamado Detección Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento (EPSDT). Este programa comienza inmediatamente después del nacimiento de su hijo y se mantiene hasta que el niño cumple 21 años. Con el Programa de Control de Salud, su hijo accede a varios controles importantes.

En este manual, encontrará una hoja de información sobre el Control de Salud (EPSDT). También puede pedirle a su médico, llamar a Servicios para Inscritos o visitar nuestro sitio web [www.hscsnhealthplan.org](http://www.hscsnhealthplan.org) para acceder a una copia del Cronograma de Periodicidad del Control de Salud (EPSDT). Este cronograma muestra cuándo su hijo necesita visitar a su médico.

Como parte de los beneficios de los servicios de Control de Salud o EPSDT, su hijo puede recibir los demás beneficios de Medicaid descritos en la sección “Beneficios de salud para inscritos” a continuación.



# Niños inmigrantes

Si su hijo es parte del Programa de Niños Inmigrantes, recibirá servicios de atención médica para el bienestar infantil. Este programa se mantiene hasta que el niño cumple 21 años.

Además de la atención médica para el bienestar infantil, su hijo puede recibir los beneficios descritos en la sección “Beneficios de salud para inscriptos” a continuación. Los niños inmigrantes solo acceden a los servicios médicos mientras estén inscriptos en HSCSN.

**No tiene que pagar nada por estos servicios para su hijo. Son gratuitos. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con el transporte o para programar una cita, llame a Servicios para Inscriptos al (202) 467-2737 o al 1-(866) 937-4549.**

## La salud dental de su hijo

Los controles y tratamientos de salud dental son gratuitos para los inscriptos de HSCSN menores de 21 años. HSCSN trabaja con Delta Dental para encontrar dentistas para la atención. Los dentistas pueden prevenir la aparición de caries y enseñarles a usted y a su hijo cómo cuidarse los dientes.

- Desde el nacimiento hasta los 3 años, el PCP de su hijo puede brindarle atención dental durante los controles habituales.
- El PCP puede decidir enviar al niño a ver a un dentista.

A partir de los 3 años, todos los niños deben realizarse controles con un dentista dentro la red de HSCSN, al menos dos veces al año o una vez cada 6 meses. Busque un dentista cercano en su Directorio de proveedores de HSCSN o en línea en [www.deltadentalins.com/hscsn](http://www.deltadentalins.com/hscsn). Llame al consultorio del dentista para coordinar una cita.



## El Programa de la IDEA

La IDEA es una ley federal. Significa Ley de Educación para Personas con Discapacidad (IDEA). La IDEA es una ley federal. El programa de la IDEA brinda servicios especiales para su hijo con retrasos del desarrollo, discapacidades o necesidades especiales. Los niños de hasta 3 años acceden a los servicios de intervención temprana de HSCSN. Los niños de 4 años o más reciben servicios educativos especiales de parte de los sistemas Escuela Pública y Escuela Chárter de D.C.

La tabla de crecimiento de D.C. (**vea el anexo**) puede ayudarle a entender si su hijo tiene retrasos en el crecimiento o el desarrollo.

Si cree que su hijo no está creciendo como debería, pida una prueba para su hijo (“evaluación IDEA”). Para obtener una evaluación IDEA, llame a su PCP. Si su hijo necesita los servicios de la IDEA, su PCP lo referirá al Programa de Intervención Temprana Strong Start de D.C.

HSCSN tiene administradores de atención que le podrán dar más información sobre la IDEA y otros servicios que puede recibir su hijo.

HSCSN cubre los servicios enumerados a continuación, si su hijo califica para los servicios de Intervención Temprana:

- En el caso de los niños de hasta 3 años, HSCSN cubre todos los servicios de atención médica, si el servicio está dentro del plan de tratamiento de su hijo (IFSP).
- En el caso de los niños de 3 años o más, HSCSN:
  - Paga todos los servicios de atención médica y los servicios en el plan de tratamiento de su hijo que este necesite cuando no está en la escuela, incluso durante las tardes, los fines de semana y los feriados.
  - Coordina servicios que no se brindan por medio del plan de tratamiento de la escuela.

Para obtener más información sobre los servicios que su hijo puede recibir por medio del programa de la IDEA, comuníquese con Servicios para Inscriptos al (202) 467-2737 o al 1 (866) 937-4549, o con la escuela de su hijo.

## Vacunas para niños y adolescentes

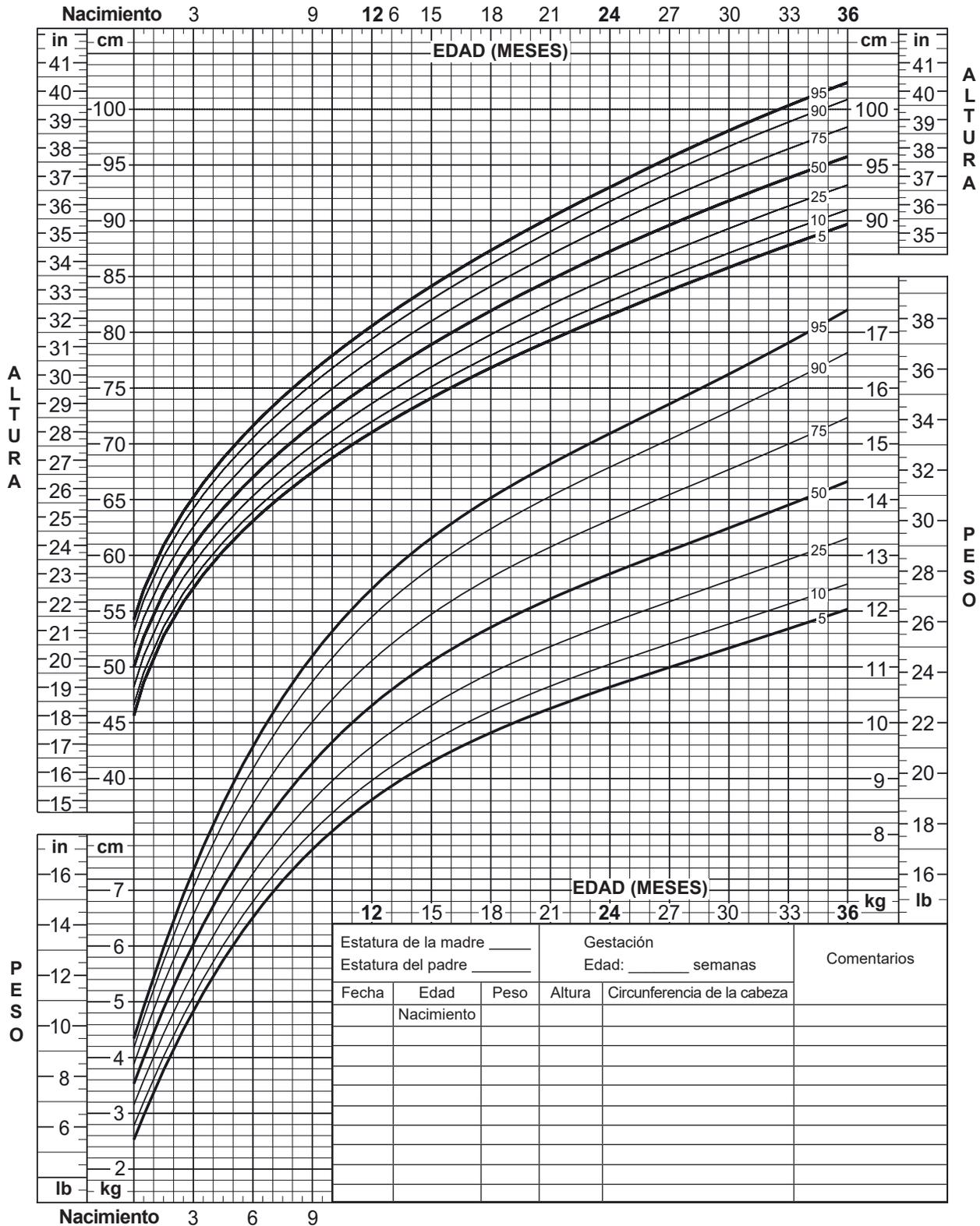
Las vacunas son importantes para mantener sano a su hijo. Cuando su hijo sea muy pequeño, necesitará vacunas cada pocos meses. Las vacunas comienzan con el nacimiento. Estas vacunas lo protegen contra enfermedades.

Su PCP y HSCSN programarán citas para vacunar a su hijo.

Consulte la Tabla de periodicidad y vacunas recomendadas (vea los adjuntos) para acceder al cronograma de vacunación para su hijo. Programa de Tarjeta de Regalo de Bienestar de HSCSN



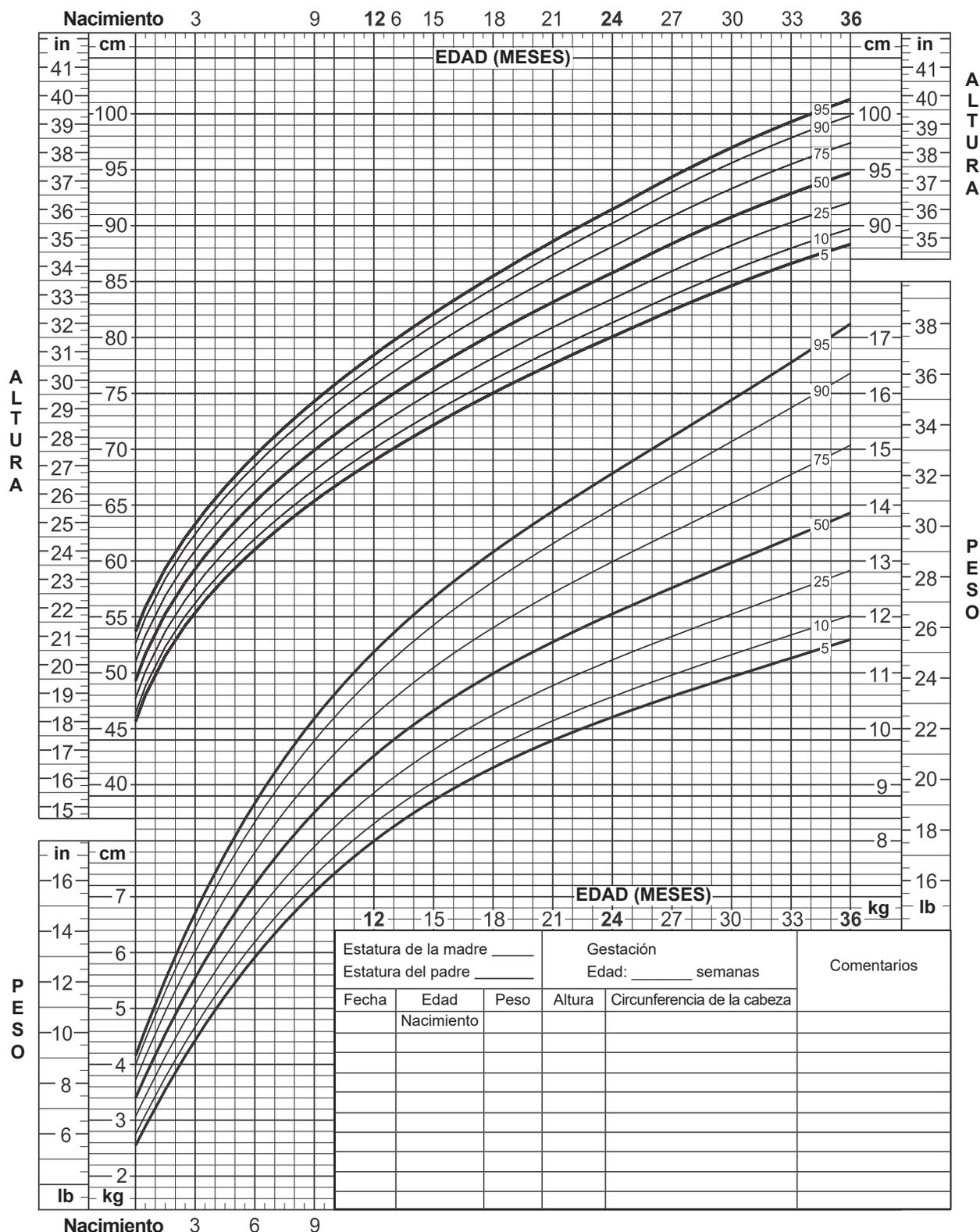
**Del nacimiento a los 36 meses: Niños** NOMBRE \_\_\_\_\_  
**Percentiles de altura según la edad y peso según la edad** REGISTRO NRO. \_\_\_\_\_



Publicado el 30 de mayo de 2000 (modificado el 4/20/01).  
 FUENTE: Creado por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud en colaboración con el Centro Nacional de Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la salud (2000).  
<http://www.cdc.gov/growthcharts>



**Del nacimiento a los 36 meses: Niñas** NOMBRE \_\_\_\_\_  
**Percentiles de altura según la edad y peso según la edad** REGISTRO NRO. \_\_\_\_\_



Publicado el 30 de mayo de 2000 (modificado el 4/20/01).  
 FUENTE: Creado por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud en colaboración con el Centro Nacional de Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la salud (2000)  
<http://www.cdc.gov.growthcharts>



# Vacunas recomendadas para niños desde el nacimiento hasta los 6 años para 2023:

VACUNA	Naci- miento	1 MES	2 MESES	4 MESES	6 MESES	12 MESES	15 MESES	18 MESES	19-23 MESES	2-3 AÑOS	4-6 AÑOS
<b>HepB</b> Hepatitis B	HepB	HepB	HepB			HepB					
<b>RV*</b> Rotavirus			RV	RV	RV*						
<b>DTaP</b> Difteria, tostferina y tétanos		DTaP	DTaP	DTaP	DTaP	DTaP	DTaP	DTaP			DTaP
<b>Hib*</b> <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b		Hib	Hib	Hib	Hib*	Hib					
<b>PCV13, PCV15</b> Enfermedad neumocócica		PCV	PCV	PCV	PCV	PCV	PCV				
<b>IPV</b> Poliomielitis		IPV	IPV	IPV	IPV	IPV					IPV
<b>COVID-19**</b> Enfermedad por coronavirus 2019						COVID-19**					
<b>Flu†</b> Gripe							Flu (una o dos dosis por año)†				
<b>MMR</b> Sarampión, paperas y rubéola						MMR	MMR				MMR
<b>Varicella</b> Varicela						Varicella	Varicella				Varicella
<b>HepA*</b> Hepatitis A						HepA*		HepA*			

## NOTAS DE PIE DE PÁGINA

**RV\*** La tercera dosis a los 6 meses dependerá de la marca de la Hib o la vacuna contra el rotavirus usada para la dosis previa.

**COVID-19\*\*** La cantidad de dosis recomendada depende de la edad de su hijo y del tipo de vacuna contra la covid-19 usada.

**Flu†** Se recomiendan dos dosis, colocadas, al menos, con 4 semanas de diferencia, en niños desde los 6 meses hasta los 8 años que se vacunarán contra la gripe (Flu) por primera vez y para algunos otros niños de este grupo etario.

**HepA\*** Para una protección duradera, se necesitan dos dosis de la vacuna Hep A. Las dos dosis deben colocarse entre los 12 y los 23 meses de edad. Ambas dosis deben colocarse con una diferencia de, al menos, 6 meses. Los niños de 2 años o más que no hayan recibido las 2 dosis de la Hep A deben completar la serie.

**MMR** Si su hijo se saltó alguna vacuna recomendada para su edad, hable con el médico de su hijo lo antes posible para definir cuándo puede colocarse la vacuna faltante.

**Varicella** Si su hijo tiene una afección médica que lo pone en riesgo de contraer una infección (p. ej., célula falciforme, infección por VIH, implantes cocleares) o viajará fuera de los Estados Unidos, hable con el médico de su hijo sobre vacunas adicionales que podría necesitar.

**HepA\*** Hable con el médico de su hijo si tiene alguna pregunta sobre las vacunas recomendadas para su hijo.



U.S. Department of  
Health and Human Services  
Centers for Disease  
Control and Prevention

**PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN**  
Llame sin cargo: 1-800-CDC-INFO (1-800-232-4636)  
Visite: [cdc.gov/vaccines/parents](https://cdc.gov/vaccines/parents)



American Academy  
of Pediatrics  
DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™



# Enfermedades y vacunas para prevenirlas

DEL NACIMIENTO A LOS 6 AÑOS

ENFERMEDAD	VACUNA	MÉTODO DE TRANSMISIÓN	SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD	COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD
<b>Hepatitis B</b>	<b>HepB</b>	Contacto con sangre o fluidos corporales.	Puede que no haya síntomas. Fiebre, dolor de cabeza, debilidad, vómitos, ictericia (piel y ojos amarillentos), dolor de las articulaciones.	Infección hepática crónica, insuficiencia hepática, cáncer de hígado, muerte.
<b>Rotavirus</b>	<b>RV</b>	Por boca.		Diarrea intensa, deshidratación, muerte.
<b>Difteria</b>	<b>DTaP*</b>	Aire, contacto directo.	Dolor de garganta, fiebre leve, debilidad, inflamación de las glándulas del cuello.	Inflamación del músculo cardíaco, insuficiencia cardíaca, parálisis, muerte.
<b>Tosferina (tos convulsa)</b>	<b>DTaP*</b>	Aire, contacto directo.	Tos intensa, congestión nasal, apnea (pausa en la respiración en los niños).	Neumonía (infección en los pulmones), muerte.
<b>Tétanos</b>	<b>DTaP*</b>	Exposición por cortes en la piel.	Rigidez en los músculos del cuello y el abdomen, dificultad para tragar, espasmos musculares, fiebre.	Fracturas, dificultad para respirar, muerte.
<b>Haemophilus influenzae tipo b (Hib)</b>	<b>Hib</b>	Aire, contacto directo.	Es posible que no haya síntomas, a menos que la bacteria llegue a la sangre.	Meningitis (infección de la capa que recubre el cerebro y la médula espinal), discapacidad intelectual, epiglottitis (infección que pone en riesgo a la vida, que bloquea el tracto respiratorio y puede causar problemas respiratorios graves), neumonía (infección en los pulmones), muerte.
<b>Enfermedad neumocócica (PCV13, PCV15)</b>	<b>PCV</b>	Aire, contacto directo.	Es posible que no haya síntomas. Neumonía (infección en los pulmones).	Bacteriemia (infección en la sangre), meningitis (infección de la capa que recubre el cerebro y la médula espinal), muerte.
<b>Poliomielitis</b>	<b>IPV</b>	Aire, contacto directo, por boca.	Es posible que no haya síntomas. Dolor de garganta, fiebre, náuseas, dolor de cabeza.	Parálisis, muerte.
<b>Enfermedad por coronavirus 2019 (Covid-19)</b>	<b>Covid-19</b>	Aire, contacto directo.	Es posible que no haya síntomas. Fiebre, dolor muscular, dolor de garganta, tos, congestión nasal, diarrea, vómitos, nueva pérdida del gusto o el olfato.	Neumonía (infección en los pulmones), insuficiencia respiratoria, coágulos, trastornos hemorrágicos, lesiones en el hígado, el corazón o los riñones, síndrome inflamatorio multisistémico, síndrome poscovid, muerte.
<b>Gripe (Flu)</b>	<b>Flu</b>	Aire, contacto directo.	Fiebre, dolor muscular, dolor de garganta, tos, fatiga extrema.	Neumonía (infección en los pulmones), bronquitis, infección en los senos paranasales, infección en los oídos, muerte.
<b>Sarampión</b>	<b>MMR**</b>	Aire, contacto directo.	Sarpullido, fiebre, tos, congestión nasal, conjuntivitis.	Encefalitis (inflamación del cerebro), neumonía (infección en los pulmones), muerte.
<b>Paperas</b>	<b>MMR**</b>	Aire, contacto directo.	Inflamación de las glándulas salivales (debajo del maxilar), fiebre, dolor de cabeza, cansancio, dolor muscular.	Meningitis (infección de la capa que recubre el cerebro y la médula espinal), encefalitis (inflamación del cerebro), inflamación de los testículos o los ovarios, sordera, muerte.
<b>Rubéola</b>	<b>MMR**</b>	Aire, contacto directo.	A veces, sarpullido, fiebre, inflamación de los ganglios linfáticos.	Es muy grave en mujeres embarazadas. Puede causar un aborto espontáneo, muerte fetal, parto prematuro, anomalías congénitas.
<b>Varicela</b>	<b>Varicela</b>	Aire, contacto directo.	Sarpullido, cansancio, dolor de cabeza, fiebre.	Ampollas infectadas, trastornos hemorrágicos, encefalitis (inflamación del cerebro), neumonía (infección en los pulmones), muerte.
<b>Hepatitis A</b>	<b>HepA</b>	Contacto directo, alimentos o agua contaminados.	Puede que no haya síntomas. Fiebre, dolor estomacal, pérdida del apetito, fatiga, vómitos, ictericia (piel y ojos amarillentos), orina de color oscuro.	Insuficiencia hepática, artralgia (dolor en las articulaciones), trastornos en los riñones, el páncreas o la sangre, muerte.

**DTaP\*** La DTaP combina protección contra la difteria, el tétanos y la tosferina.

**MMR\*\*** La MMR combina protección contra el sarampión, las paperas y la rubéola.

Última actualización en diciembre de 2022 • CS322257-A

# Vacunas recomendadas para niños de 7 a 18 años para 2023:

**LEYENDA**

 Indica cuándo se recomienda la vacuna para todos los niños, salvo que su médico le indique que su hijo no puede colocarse la vacuna por seguridad.

 Indica que la serie de vacunas puede comenzar a esa edad.

 Indica que la vacuna debería colocarse si el niño se está poniendo al día con vacunas faltantes. No es necesario volver a comenzar una serie de vacunas, independientemente del tiempo que haya pasado entre las dosis.

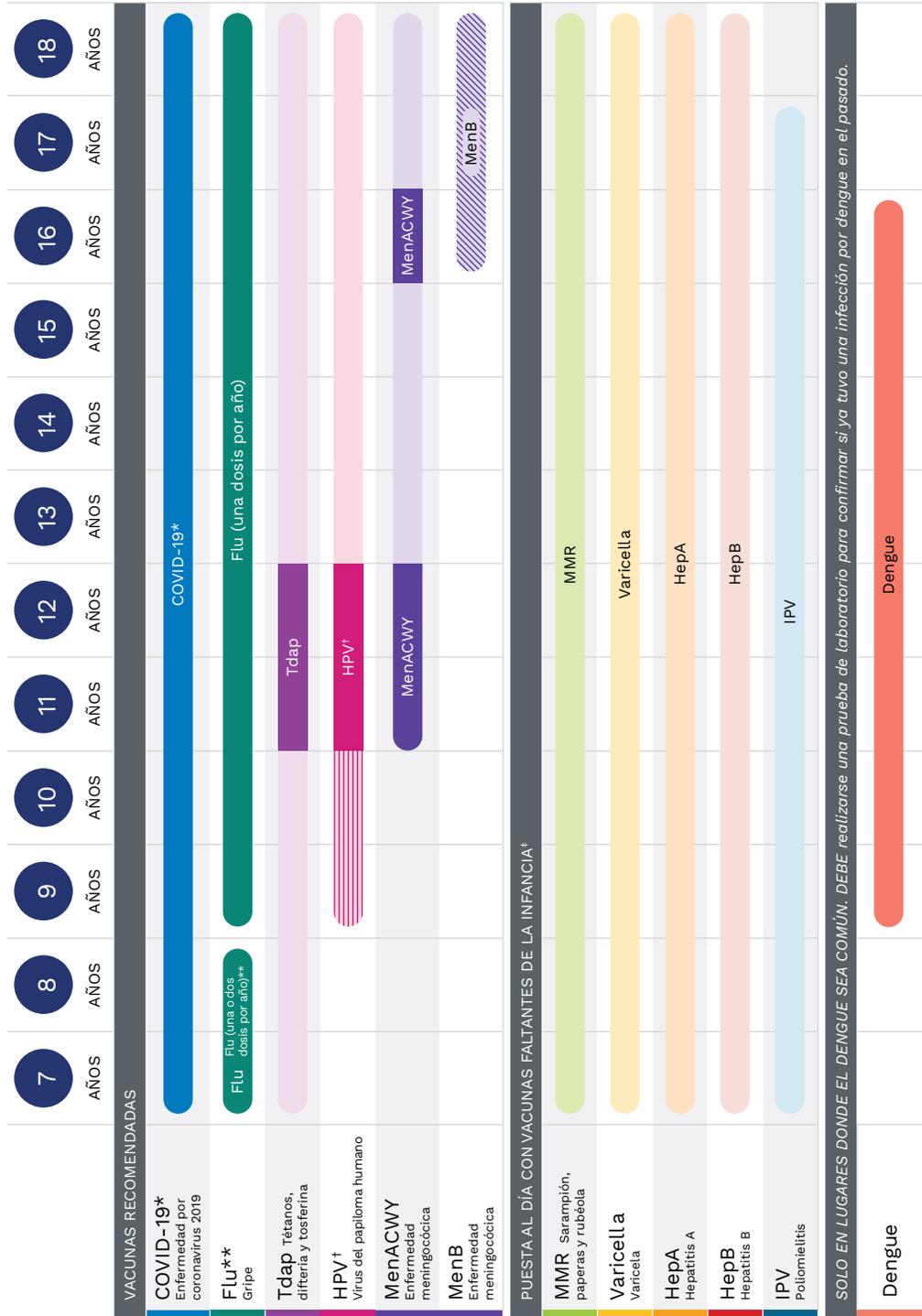
 Indica que los niños sin riesgos altos pueden colocarse la vacuna si así lo desean, después de haber hablado con un proveedor.

**INFORMACIÓN ADICIONAL**

1. Si su hijo se saltó alguna vacuna recomendada para su edad, hable con el médico de su hijo lo antes posible para definir cuándo puede colocarse la vacuna faltante.

2. Si su hijo tiene una afección médica que lo pone en riesgo de contraer una infección o viajará fuera de los Estados Unidos, hable con el médico de su hijo sobre vacunas adicionales que podría necesitar.

Hable con el médico de su hijo si tiene alguna pregunta sobre las vacunas recomendadas para su hijo.



**NOTAS DE PIE DE PÁGINA**

**COVID-19\*** La cantidad de dosis recomendada depende de la edad de su hijo y del tipo de vacuna contra la covid-19 usada.

**Flu\*\*** Se recomiendan dos dosis, colocadas, al menos, con 4 semanas de diferencia, en niños desde los 6 meses hasta los 8 años que se vacunarán contra la gripe (Flu) por primera vez y para algunos otros niños de este grupo etario.

**HPV†** Los niños de 11 y 12 años deben recibir una serie de 2 vacunas separadas por 6 a 12 meses. La serie puede comenzar a los 9 años. Se recomienda una serie de 3 dosis para quienes tengan sistemas inmunitarios deprimidos y quienes comiencen la serie después de haber cumplido 15 años.

\*Rangos etarios recomendados originalmente para las vacunas faltantes de la infancia: serie de 2 dosis de la MMR a los 12-15 meses y a los 4-6 años; serie de 2 dosis de la Varicella a los 12-15 meses y a los 4-6 años; serie de 2 dosis de la HepA (intervalo mínimo: 6 meses) a los 12-23 meses; serie de 3 dosis de la HepB al nacer, a los 1-2 meses y a los 6-18 meses; serie de 4 dosis de la Polio a los 2 meses, 4 meses, 6-18 meses y 4-6 años.



U.S. Department of Health and Human Services  
Centers for Disease Control and Prevention

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN  
Llame sin cargo: 1-800-CDC-INFO (1-800-232-4636)  
Visite: [cdc.gov/vaccines/parents](https://cdc.gov/vaccines/parents)



AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS



DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™

ENFERMEDAD	VACUNA	MÉTODO DE TRANSMISIÓN	SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD	COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD
<b>Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19)</b>	Esta vacuna protege contra complicaciones graves de la enfermedad por coronavirus 2019. <b>Covid-19</b>	Aire, contacto directo.	Es posible que no haya síntomas. Fiebre, dolor muscular, dolor de garganta, tos, congestión nasal, diarrea, vómitos, nueva pérdida del gusto o el olfato.	Neumonía (infección en los pulmones), insuficiencia respiratoria, coágulos, trastornos hemorrágicos, lesiones en el hígado, el corazón o los riñones, síndrome inflamatorio multisistémico, síndrome posCOVID, muerte.
<b>Gripe (Flu)</b>	Esta vacuna protege contra la gripe. <b>Flu</b>	Aire, contacto directo.	Fiebre, dolor muscular, dolor de garganta, tos, fatiga extrema.	Neumonía (infección en los pulmones), bronquitis, infección en los senos paranasales, infección en los oídos, muerte.
<b>Tétanos</b>	Esta vacuna y las vacunas Td** protegen contra la difteria. <b>Tdap*</b>	Exposición por cortes en la piel.	Rigidez en los músculos del cuello y el abdomen, dificultad para tragar, espasmos musculares, fiebre.	Fracturas, dificultad para respirar, muerte.
<b>Difteria</b>	Esta vacuna y las vacunas Td** protegen contra la difteria. <b>Tdap*</b>	Aire, contacto directo.	Dolor de garganta, fiebre leve, debilidad, inflamación de las glándulas del cuello.	Inflamación del músculo cardíaco, insuficiencia cardíaca, parálisis, muerte.
<b>Tosferina (tos convulsa)</b>	Esta vacuna protege contra la tosferina (tos convulsa). <b>Tdap*</b>	Aire, contacto directo.	Tos intensa, congestión nasal, apnea (pausa en la respiración en los niños).	Neumonía (infección en los pulmones), muerte.
<b>Virus del papiloma humano</b>	Esta vacuna protege contra el virus del papiloma humano. <b>HPV</b>	Contacto directo con la piel.	Es posible que no haya síntomas. Verrugas genitales.	Cáncer del cuello uterino, de la vagina, de la vulva, del pene, del ano o de la orofaringe.
<b>Enfermedad meningocócica</b>	Estas vacunas protegen contra la enfermedad meningocócica. <b>MenACWY</b> <b>MenB</b>	Aire, contacto directo.	Aparición repentina de fiebre, dolor de cabeza, rigidez en el cuello, sarpullido de color púrpura oscuro.	Pérdida de extremidades, sordera, trastornos del sistema nervioso, discapacidades del desarrollo, trastorno convulsivo, accidente cerebrovascular, muerte.
<b>Sarampión</b>	Esta vacuna protege contra el sarampión. <b>MMR+</b>	Aire, contacto directo.	Sarpullido, fiebre, tos, congestión nasal, conjuntivitis.	Encefalitis (inflamación del cerebro), neumonía (infección en los pulmones), muerte.
<b>Paperas</b>	Esta vacuna protege contra las paperas. <b>MMR+</b>	Aire, contacto directo.	Inflamación de las glándulas salivales (debajo del maxilar), fiebre, dolor de cabeza, cansancio, dolor muscular.	Meningitis (infección de la capa que recubre el cerebro y la médula espinal), encefalitis (inflamación del cerebro), inflamación de los testículos o los ovarios, sordera, muerte.
<b>Rubéola</b>	Esta vacuna protege contra la rubéola. <b>MMR+</b>	Aire, contacto directo.	A veces, sarpullido, fiebre, inflamación de los ganglios linfáticos.	Es muy grave en mujeres embarazadas. Puede causar un aborto espontáneo, muerte fetal, parto prematuro, anomalías congénitas.
<b>Varicela</b>	Esta vacuna protege contra la varicela. <b>Varicella</b>	Aire, contacto directo.	Sarpullido, cansancio, dolor de cabeza, fiebre.	Ampollas infectadas, trastornos hemorrágicos, encefalitis (inflamación del cerebro), neumonía (infección en los pulmones), muerte.
<b>Hepatitis A</b>	Esta vacuna protege contra la hepatitis A. <b>HepA</b>	Contacto directo, alimentos o agua contaminados.	Puede que no haya síntomas. Fiebre, dolor estomacal, pérdida del apetito, fatiga, vómitos, ictericia (piel y ojos amarillentos), orina de color oscuro.	Insuficiencia hepática, artralgia (dolor en las articulaciones), trastornos en los riñones, el páncreas o la sangre, muerte.
<b>Hepatitis B</b>	Esta vacuna protege contra la hepatitis b. <b>HepB</b>	Contacto con sangre o fluidos corporales.	Puede que no haya síntomas. Fiebre, dolor de cabeza, debilidad, vómitos, ictericia (piel y ojos amarillentos), dolor de las articulaciones.	Infección hepática crónica, insuficiencia hepática, cáncer de hígado, muerte.
<b>Poliomielitis</b>	Esta vacuna protege contra la poliomielitis. <b>IPV</b>	Aire, contacto directo, por boca.	Es posible que no haya síntomas. Dolor de garganta, fiebre, náuseas, dolor de cabeza.	Parálisis, muerte.
<b>Dengue</b>	Esta vacuna protege contra el dengue. <b>Dengue+</b>	Picadura de un mosquito infectado.	Puede que no haya síntomas. Fiebre, dolor de cabeza, dolor detrás de los ojos, sarpullido, dolor en las articulaciones, dolor corporal, náuseas, pérdida del apetito, cansancio, dolor abdominal.	Sangrado intenso, convulsiones, shock, daños en el hígado, el corazón y los pulmones, muerte.

**Tdap\*** La DTap combina protección contra la difteria, el tétanos y la tosferina.

**Td\*\*** La Td combina protección contra la difteria y el tétanos.

**MMR+** La MMR combina protección contra el sarampión, las paperas y la rubéola.

**Dengue+** Recomendado en lugares donde el dengue sea común.

Última actualización en diciembre de 2022  
CS322257-B

# Recomendaciones para la atención médica pediátrica preventiva

Bright Futures/American Academy of Pediatrics



Cada niño y cada familia son únicos. Por lo tanto, estas recomendaciones para la atención médica pediátrica preventiva se diseñaron para la atención de niños que reciben una crianza integral, sin manifestación de problemas de salud importantes y que crecen y se desarrollan de forma satisfactoria. Los problemas de desarrollo, psicológicos y de enfermedades crónicas en niños y adolescentes pueden exigir asesoramiento y tratamientos con más frecuencia, además de visitas de atención preventiva. También pueden tomarse medidas adicionales, si las circunstancias generan inquietudes.

Copyright © 2023 American Academy of Pediatrics, actualizado en abril de 2023. Ninguna parte de esta declaración puede reproducirse de ninguna manera ni en ningún formato sin el permiso previo por escrito de la American Academy of Pediatrics, salvo por una copia para uso personal.

Las recomendaciones en esta declaración no indican un curso de tratamiento exclusivo ni sirven como un estándar de atención médica. Es posible que se consideren apropiadas ciertas variaciones, según las circunstancias de cada persona. Las Recomendaciones para la atención médica pediátrica preventiva de Bright Futures/American Academy of Pediatrics se actualiza anualmente.

Estas recomendaciones representan un consenso de la Academia Estadounidense de Pediatría (AAP) y Bright Futures. La AAP continúa enfatizando la gran importancia de la importancia de la atención en la supervisión de salud integral y la necesidad de evitar la fragmentación de la atención.

CATEGORÍA	PRIMER AÑO												INFANCIA TEMPRANA												INFANCIA MEDIA												ADOLESCENCIA											
	3-5 años	Recién nacido <sup>a</sup>	1er mes	2 meses	4 meses	6 meses	9 meses	12 meses	15 meses	18 meses	24 meses	30 meses	3 años	4 años	5 años	6 años	7 años	8 años	9 años	10 años	11 años	12 años	13 años	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años	19 años	20 años	21 años																	
SALUD DEL DESARROLLO/SOCIAL/CONDUCTUAL/MENTAL	Antecedentes iniciales/intervento	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●													
	Evaluación de depresión materna <sup>1</sup>	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●												
MEDICIONES	Largocultura y peso	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●											
	Circunferencia cefálica (de la cabeza)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●											
EVALUACIÓN SENSORIAL	Peso por altura	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●											
	Índice de masa corporal <sup>1</sup>	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●											
EVALUACIÓN SENSORIAL	Presión sanguínea <sup>2</sup>	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●											
	Visión <sup>3</sup>	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●											
PROCEDIMIENTOS <sup>4</sup>	Examen físico <sup>5</sup>	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●											
	Sangre del recién nacido <sup>6</sup>	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●											
PAUTAS ANTICIPATORIAS	Bilirrubina del recién nacido <sup>7</sup>	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●											
	Anomalia cardíaca congénita crítica <sup>8</sup>	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●											

1. Si el niño llega a la atención por primera vez en cualquier momento del cronograma, o si alguno de los puntos no se cumple a la edad sugerida, el cronograma deberá ponerse al día lo antes posible.  
 2. Se recomienda una evaluación de la salud mental y del bienestar emocional de los padres y cuidadores al inicio de la lactancia. La visita prenatal debe incluir una evaluación de salud mental y del bienestar emocional de los padres y cuidadores. Se debe evaluar con un método planificado de alimentación según The Prenatal Visit (La visita prenatal) (<https://doi.org/10.1542/peds.2018.131.218>). Se debe evaluar a los recién nacidos después del nacimiento, y se debe incentivar el amamantamiento (además de ofrecer instrucciones y apoyo).  
 3. Se debe evaluar a los recién nacidos entre el día 3 y el día 5, después del nacimiento, y en las 48 a 72 horas posteriores a la alta del hospital para incluir una evaluación de la alimentación y la lactancia. Los recién nacidos que tomen leche materna deben acceder a una evaluación formal de la alimentación con leche materna, y sus madres deben recibir motivación e instrucciones, (<https://doi.org/10.1542/peds.2011.33529>). Los recién nacidos que reciban el alta en menos de 48 horas después del parto deben ser examinados dentro de las 48 horas posteriores al alta, según lo establecido en "Hospital Stay for Healthy Term Newborn Infants" (Estada en el hospital de los recién nacidos a término) (<https://doi.org/10.1542/peds.2015.16029>).  
 4. Se debe evaluar a los recién nacidos entre el día 3 y el día 5, después del nacimiento, y en las 48 a 72 horas posteriores a la alta del hospital para incluir una evaluación de la alimentación y la lactancia. Los recién nacidos que tomen leche materna deben acceder a una evaluación formal de la alimentación con leche materna, y sus madres deben recibir motivación e instrucciones, (<https://doi.org/10.1542/peds.2011.33529>). Los recién nacidos que reciban el alta en menos de 48 horas después del parto deben ser examinados dentro de las 48 horas posteriores al alta, según lo establecido en "Hospital Stay for Healthy Term Newborn Infants" (Estada en el hospital de los recién nacidos a término) (<https://doi.org/10.1542/peds.2015.16029>).  
 5. Se debe evaluar a los recién nacidos entre el día 3 y el día 5, después del nacimiento, y en las 48 a 72 horas posteriores a la alta del hospital para incluir una evaluación de la alimentación y la lactancia. Los recién nacidos que tomen leche materna deben acceder a una evaluación formal de la alimentación con leche materna, y sus madres deben recibir motivación e instrucciones, (<https://doi.org/10.1542/peds.2011.33529>). Los recién nacidos que reciban el alta en menos de 48 horas después del parto deben ser examinados dentro de las 48 horas posteriores al alta, según lo establecido en "Hospital Stay for Healthy Term Newborn Infants" (Estada en el hospital de los recién nacidos a término) (<https://doi.org/10.1542/peds.2015.16029>).  
 6. Se debe evaluar a los recién nacidos entre el día 3 y el día 5, después del nacimiento, y en las 48 a 72 horas posteriores a la alta del hospital para incluir una evaluación de la alimentación y la lactancia. Los recién nacidos que tomen leche materna deben acceder a una evaluación formal de la alimentación con leche materna, y sus madres deben recibir motivación e instrucciones, (<https://doi.org/10.1542/peds.2011.33529>). Los recién nacidos que reciban el alta en menos de 48 horas después del parto deben ser examinados dentro de las 48 horas posteriores al alta, según lo establecido en "Hospital Stay for Healthy Term Newborn Infants" (Estada en el hospital de los recién nacidos a término) (<https://doi.org/10.1542/peds.2015.16029>).  
 7. Se debe evaluar a los recién nacidos entre el día 3 y el día 5, después del nacimiento, y en las 48 a 72 horas posteriores a la alta del hospital para incluir una evaluación de la alimentación y la lactancia. Los recién nacidos que tomen leche materna deben acceder a una evaluación formal de la alimentación con leche materna, y sus madres deben recibir motivación e instrucciones, (<https://doi.org/10.1542/peds.2011.33529>). Los recién nacidos que reciban el alta en menos de 48 horas después del parto deben ser examinados dentro de las 48 horas posteriores al alta, según lo establecido en "Hospital Stay for Healthy Term Newborn Infants" (Estada en el hospital de los recién nacidos a término) (<https://doi.org/10.1542/peds.2015.16029>).  
 8. Se debe evaluar a los recién nacidos entre el día 3 y el día 5, después del nacimiento, y en las 48 a 72 horas posteriores a la alta del hospital para incluir una evaluación de la alimentación y la lactancia. Los recién nacidos que tomen leche materna deben acceder a una evaluación formal de la alimentación con leche materna, y sus madres deben recibir motivación e instrucciones, (<https://doi.org/10.1542/peds.2011.33529>). Los recién nacidos que reciban el alta en menos de 48 horas después del parto deben ser examinados dentro de las 48 horas posteriores al alta, según lo establecido en "Hospital Stay for Healthy Term Newborn Infants" (Estada en el hospital de los recién nacidos a término) (<https://doi.org/10.1542/peds.2015.16029>).  
 9. Evaluación según lo establecido en "Expert Committee Recommendations Regarding the Prevention, Assessment, and Treatment of Child and Adolescent Overweight and Obesity: Summary Report: Recommendations of the Committee of Experts: See the prevention of the evaluation and assessment of obesity in children and adolescents" (<https://doi.org/10.1542/peds.2007.2333>).  
 10. La evaluación debe realizarse según lo establecido en "Clinical Practice Guidelines for Screening and Management of High Blood Pressure in Children and Adolescents" (Pautas de práctica clínica para la evaluación y el tratamiento de la hipertensión en niños y adolescentes) (<https://doi.org/10.1542/peds.2017.19024>). En las visitas antes de los 3 años, se debe medir la presión sanguínea de los bebés y niños con afecciones de riesgo específicas.  
 11. Se recomienda una evaluación de agudeza visual a los 4 y 5 años, así como también en niños de 3 años que cooperen. Se pueden usar evaluaciones basadas en instrumentos en niños de 7 a 24 meses, además de las visitas de salud de los 3 a los 5 años. Consulte "Visual Acuity Screening for Children and Adolescents" (Pautas de práctica clínica para la evaluación de la agudeza visual en niños y adolescentes) (<https://doi.org/10.1542/peds.2013.3292>).  
 12. Confirme que se completó la evaluación inicial, verifique los resultados y haga un seguimiento, de ser apropiado. La evaluación de los recién nacidos puede realizarse según lo establecido en "Year 2007 Position Statement: Principles and Guidelines for Early Hearing Detection and Intervention Programs" (Posicionamiento del año 2007: Principios y pautas para la detección temprana de problemas auditivos y programas de intervención) (<https://doi.org/10.1542/peds.2007.2333>).  
 13. Verifique los resultados lo antes posible y haga un seguimiento, de ser apropiado.  
 14. Consulte "The Semiotic of Adolescent Hearing Screens Significantly Improves by Adding High Frequencies" (La sensibilidad de las evaluaciones de audición en los adolescentes mejora significativamente al agregar frecuencias altas) (<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1064139X16000833>).  
 15. La evaluación se puede realizar según lo establecido en "Incorporating Recognition and Management of Perinatal Depression Into Pediatric Practice" (Incorporación del reconocimiento y el tratamiento de la depresión perinatal en la práctica pediátrica) (<https://doi.org/10.1542/peds.2018.13259>).  
 16. La evaluación se puede realizar según lo especificado en "Promoting Optimal Development: Identifying Infants and Young Children With Autism Spectrum Disorder" (Promover el desarrollo óptimo: Identificar a los bebés y niños con trastornos del desarrollo mediante el control y la evaluación del desarrollo) (<https://doi.org/10.1542/peds.2019.3449>).



## Programa de Tarjeta de Regalo de Bienestar de HSCSN

Todos los inscritos de HSCSN podrán ganar hasta 75 dólares por año por completar las metas de bienestar. Estas metas se relacionan con las visitas preventivas de bienestar. Un administrador de la atención de HSCSN puede ayudar a completar estas metas a partir de su plan de coordinación de la atención.

Todos los inscritos de HSCSN recibirán una tarjeta de regalo recargable donde se cargarán los fondos cada año. Cuando HSCSN confirme que ha cumplido una meta de bienestar, se cargará dinero en la tarjeta de regalo del inscrito para que este la use en las tiendas participantes.

- Active su tarjeta de regalo en [www.otcnetwork.com](http://www.otcnetwork.com) o llame al 1-888-682-2400 (TTY: 711).
- Si pierde o le roban la tarjeta, llame a Servicios para Inscritos de HSCSN al 202-467-2737 para solicitar una nueva tarjeta.
- Para usar los fondos disponibles, vaya a una tienda participante y pague con su tarjeta de regalo.
- ¿Cómo se completan las metas de bienestar?
- Asista a una visita de bienestar para adultos o niños (cita del servicio preventivo).
- Asista a una visita dental preventiva.
- Asista a una visita anual con su administrador de la atención de HSCSN (incluye modo virtual).
- Complete una meta clínica que identifique con su administrador de la atención relacionada con su salud.

Si tiene problemas para usar la tarjeta de regalo o si tiene alguna pregunta, comuníquese con su administrador de la atención. También puede llamar a Servicios para Inscritos de HSCSN al (202) 467-2737 o al 1-(866) 937-4549.





THE HSC HEALTH CARE SYSTEM  
 Health Services for Children  
 with Special Needs, Inc.

## Programa de Control de Salud para Niños (EPSDT)

HSCSN quiere ayudar a que sus hijos crezcan sanos. Si su hijo es parte del Programa Familias Sanas (Healthy Families) (Medicaid) de D.C., estará en el Programa de Control de Salud. También se llama Detección Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento (EPSDT). Este programa comienza inmediatamente después del nacimiento de su hijo y se mantiene hasta que el niño cumple 21 años. Con el Programa de Control de Salud, su hijo accede a varios controles importantes.

Los controles de salud incluyen:

- Un examen físico completo.
- Control del crecimiento y el desarrollo.
- Vacunas.
- Evaluación dental.
- Evaluación auditiva.
- Evaluación de la vista.
- Evaluación de presencia de plomo (en los inscritos menores de 6 años).
- Educación en salud.
- Evaluación de salud conductual.

Los controles de salud se recomiendan a estas edades:

Bebé	Niño pequeño	Niño, adolescente o adulto joven
1 mes	12 meses	Una vez por año (de los 3 a los 20 años)
2 meses	15 meses	
4 meses	18 meses	
6 meses	24 meses	
9 meses	30 meses	



# Cronograma de vacunación recomendado para niños y adolescentes

## Bebés y niños pequeños

Edad	Vacuna o prueba
Nacimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>● HepB nro. 1</li> <li>● Evaluación del metabolismo y la hemoglobina del recién nacido</li> </ul>
2 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>● HepB nro. 2</li> <li>● DTaP nro. 1</li> <li>● RV nro. 1</li> <li>● Hib nro. 1</li> <li>● PCV nro. 1</li> <li>● IPV nro. 1</li> </ul>
4 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>● DTaP nro. 2</li> <li>● RV nro. 2</li> <li>● Hib nro. 2</li> <li>● PCV nro. 2</li> <li>● IPV nro. 2</li> </ul>
6 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>● HepB nro. 3</li> <li>● Hib nro. 3</li> <li>● DTaP nro. 3</li> <li>● RV nro. 3</li> <li>● PCV nro. 3</li> </ul>
12 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Hib nro. 4</li> <li>● MMR nro. 1</li> <li>● Varicella nro. 1</li> <li>● PCV nro. 4</li> <li>● HepA nro. 1</li> <li>● Detección de plomo</li> <li>● Hemoglobina y hematocritos</li> <li>● Prueba de tuberculosis, si hay riesgo</li> <li>● Evaluación dental</li> </ul>
15 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Varicella nro. 2 (la segunda dosis se puede dar a los 4 años)</li> </ul>
18 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>● HepA nro. 2</li> </ul>
24 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Detección de plomo</li> </ul>
Todos los años	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Desde los seis meses, la vacuna de la gripe (Flu), según las recomendaciones de cada año.</li> </ul>



## Niños y adolescentes en edad escolar

Edad	Vacuna o prueba
3 a 6 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Prueba de plomo en sangre</li> </ul>
4 a 6 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>● DTaP</li> <li>● MMR</li> <li>● IPV</li> </ul>
11 a 12 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>● HPV (solo niñas)</li> <li>● MCV4</li> </ul>
13 años o más	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Varicella</li> </ul>
13 a 16 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Tdap</li> <li>● HPV (solo niñas)</li> </ul>
18 años o menos	<ul style="list-style-type: none"> <li>● MCV4</li> </ul>
Cada 6 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Visitas dentales</li> </ul>
Todos los años	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Flu</li> </ul>

### Metas del desarrollo

Con esta tabla, podrá entender si su hijo tiene retrasos del desarrollo. Úsela como guía. Es posible que su hijo alcance estas metas un poco antes o un poco después que los demás niños de su edad. Hable con el médico de su hijo si tiene alguna pregunta o inquietud.

<p><b>Al final de los 7 meses, muchos niños podrán hacer lo siguiente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Girar la cabeza cuando lo llaman por su nombre.</li> <li>● Responder con una sonrisa a otra persona.</li> <li>● Responder a sonidos con sonidos.</li> <li>● Disfrutar del juego social, como el “peek-a-boo”.</li> </ul>	<p><b>Al final de los 2 años (24 meses), muchos niños podrán hacer lo siguiente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Usar frases de 2 a 4 palabras.</li> <li>● Seguir instrucciones simples.</li> <li>● Interesarse más en otros niños.</li> <li>● Apuntar a un objeto o a una imagen cuando se los nombra.</li> </ul>
<p><b>Al final del año (12 meses), muchos niños podrán hacer lo siguiente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Usar gestos simples, despedirse moviendo la mano.</li> <li>● Hacer sonidos como “ma” y “da”.</li> <li>● Imitar acciones en el juego (aplaudir cuando usted aplaude).</li> <li>● Responder cuando le dicen “no”.</li> </ul>	<p><b>Al final de los 3 años (36 meses), muchos niños podrán hacer lo siguiente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Mostrar afecto por sus amigos.</li> <li>● Usar oraciones de 4 a 5 palabras.</li> <li>● Imitar a los adultos y a sus compañeros (correr cuando los demás niños corren).</li> <li>● Jugar juegos de roles con muñecas, animales y personas (“alimentar” a un oso de peluche”).</li> </ul>
<p><b>Al final del año y medio (18 meses), muchos niños podrán hacer lo siguiente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Jugar juegos de roles simples (“hablar” por un teléfono de juguete).</li> <li>● Apuntar a objetos interesantes.</li> <li>● Observar un objeto cuando se apunta hacia él y le dicen que mire.</li> <li>● Usar varias palabras simples sin indicaciones.</li> </ul>	<p><b>Al final de los 4 años (48 meses), muchos niños podrán hacer lo siguiente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Usar oraciones de 4 a 6 palabras.</li> <li>● Seguir indicaciones de 3 pasos (vestirse, peinarse y lavarse la cara).</li> <li>● Cooperar con otros niños.</li> </ul>



# Sus beneficios de salud

## Servicios de salud cubiertos por HSCSN

A continuación, se detalla una lista de los servicios de atención médica y los beneficios para todos los inscritos de HSCSN. En el caso de algunos beneficios, debe tener cierta edad o cierta necesidad para acceder al servicio. HSCSN no le cobrará por ninguno de los servicios de atención médica que aparecen en esta lista, si usted acude a un proveedor o un hospital dentro de la red.

Si tiene alguna pregunta sobre si HSCSN cubre cierta atención médica y cómo acceder a los servicios, llame a Servicios para Inscritos al (202) 467-2737 o 1 (866) 937-4549.

Beneficio	Qué se ofrece	Quién puede recibir este beneficio
<b>Servicios de bienestar para adultos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Vacunas.</li> <li>● Exámenes de rutina para detectar todas las infecciones de transmisión sexual.</li> <li>● Evaluación y pruebas de detección del VIH y sida, y asesoramiento.</li> <li>● Evaluación para detectar el cáncer de mamas.</li> <li>● Evaluación para detectar el cáncer de cuello de útero (solo mujeres).</li> <li>● Evaluación para detectar osteoporosis (mujeres posmenopáusicas).</li> <li>● Evaluación para detectar el virus del papiloma humano (VPH).</li> <li>● Evaluación para detectar el cáncer de próstata (solo hombres).</li> <li>● Evaluación para detectar el aneurisma aórtico abdominal.</li> <li>● Evaluación de la obesidad.</li> <li>● Evaluación de la diabetes.</li> <li>● Evaluación de la presión arterial alta y el colesterol (trastornos de lípidos).</li> <li>● Evaluación para detectar depresión.</li> <li>● Evaluación para detectar el cáncer colorrectal (inscritos mayores de 50 años).</li> <li>● Asesoramiento para dejar de fumar.</li> <li>● Asesoramiento sobre dieta y ejercicio.</li> <li>● Asesoramiento sobre salud mental.</li> <li>● Evaluación del consumo de alcohol y drogas.</li> </ul>	Inscritos mayores de 21 años, según corresponda.



Beneficio	Qué se ofrece	Quién puede recibir este beneficio
<b>Tratamiento de consumo de alcohol y drogas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Desintoxicación con internación.</li> <li>● La Administración de Adicción, Prevención y Recuperación (DBH) brinda otros servicios relacionados con el consumo de alcohol y drogas.</li> <li>● Ayuda para obtener atención de la DBH.</li> <li>● Debe solicitar una autorización previa para este servicio.</li> </ul>	<p>Todos los inscritos.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Tratamiento de consumo de sustancias ambulatorio o con internación.</li> <li>● Programas ambulatorios intensivos sobre abuso de sustancias (tratamiento SAIOP).</li> <li>● La Administración de Adicción, Prevención y Recuperación (DBH) brinda otros servicios relacionados con el consumo de alcohol y drogas.</li> <li>● Ayuda para obtener atención de la DBH.</li> </ul>	<p>Inscritos menores de 21 años</p>
<b>Servicios de bienestar para niños</b>	<p>Todo lo necesario para cuidar de los niños enfermos y también mantenerlos sanos. Esto incluye evaluaciones y detección de lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Antecedentes y evaluaciones de salud y del desarrollo.</li> <li>● Desarrollo de la salud física y mental, y evaluaciones.</li> <li>● Examen de salud integral.</li> <li>● Vacunas.</li> <li>● Pruebas de laboratorio, incluidos niveles de plomo en sangre.</li> <li>● Educación en salud.</li> <li>● Servicios de evaluación dental.</li> <li>● Servicios de evaluación de la vista.</li> <li>● Servicios de evaluación auditiva.</li> <li>● Evaluación del consumo de alcohol y drogas, y asesoramiento.</li> <li>● Servicios de salud mental.</li> </ul> <p>* No incluye los servicios de salud brindados al niño en el entorno escolar.</p>	<p>Inscritos menores de 21 años</p>



Beneficio	Qué se ofrece	Quién puede recibir este beneficio
<b>Beneficios dentales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Exámenes dentales generales y limpiezas de rutina cada seis (6) meses.</li> <li>● Servicios quirúrgicos y extracciones.</li> <li>● Atención dental de emergencia.</li> <li>● Empastes.</li> <li>● Radiografías (series completas limitadas a una (1) vez cada tres (3) años).</li> <li>● Desbridamiento completo de la boca.</li> <li>● Profilaxis, limitada a dos (2) veces por año.</li> <li>● Serie de radiografías interproximales.</li> <li>● Tratamiento paliativo.</li> <li>● Dentadura removible parcial y completa.</li> <li>● Tratamiento de conducto. Eliminación y raspado del sarro.</li> <li>● Coronas dentales.</li> <li>● Remoción de dientes retenidos.</li> <li>● Colocación inicial de prótesis removibles (cualquier dispositivo o aplicación dental que reemplace un diente faltante o más. Incluye estructuras asociadas, de ser necesario, diseñadas para quitarse y reinsertarse), una vez cada cinco (5) años. Pueden aplicarse algunas limitaciones.</li> <li>● Prótesis dentales parciales removibles.</li> <li>● Cualquier servicio dental que requiera hospitalización debe contar con autorización previa (preaprobación).</li> <li>● Procedimientos quirúrgicos optativos que requieran anestesia general.</li> </ul>	Todos los inscriptos.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● El PCP del niño puede realizar las evaluaciones dentales del niño hasta sus 3 años.</li> <li>● La atención ortodóntica de rutina está cubierta para los inscriptos menores de 21 años.</li> <li>● Tratamiento con barniz de flúor hasta cuatro (4) veces por año.</li> <li>● Aplicación de sellador.</li> </ul>	Inscriptos menores de 21 años



Beneficio	Qué se ofrece	Quién puede recibir este beneficio
<b>Servicios de diálisis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Tratamiento hasta 3 veces por semana (limitado a una vez por día).</li> </ul>	Todos los inscritos.
<b>Equipo médico duradero (DME) y provisiones médicas descartables (DMS)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Equipo médico duradero (DME)</li> <li>● Provisiones médicas descartables (DMS).</li> </ul>	Todos los inscritos.
<b>Servicios de emergencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Evaluación de su condición de salud, servicios posteriores a la estabilización y servicios de estabilización si tiene una afección médica de emergencia, independientemente de si el proveedor está dentro o fuera de la red de HSCSN.</li> <li>● Tratamiento por una afección de emergencia.</li> </ul>	Todos los inscritos.
<b>Planificación familiar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Prueba de embarazo; asesoramiento para la mujer.</li> <li>● Anticonceptivos de rutina y de emergencia.</li> <li>● Esterilizaciones voluntarias para inscritos mayores de 21 años (requiere firma de un formulario de esterilización aprobada por parte del inscrito 30 días antes del procedimiento).</li> <li>● Evaluación, asesoramiento y vacunas (incluida la vacuna contra el virus del papiloma humano, VPH).</li> <li>● Evaluación y tratamientos preventivos para todas las infecciones de transmisión sexual.</li> <li>● Servicios de partera y doula.</li> </ul> <p>* No incluye procedimientos de esterilización para inscritos menores de 21 años.</p>	Todos los inscritos, según corresponda.
<b>Beneficios para la audición</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Diagnóstico y tratamiento de afecciones relacionadas con la audición, incluidos audífonos y baterías.</li> <li>● Debe solicitar una autorización previa para este servicio.</li> </ul>	Todos los inscritos.
<b>Servicios de salud en el hogar</b>	<p>Servicios de atención médica en el hogar. Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Enfermería y asistencia médica en el hogar.</li> <li>● Asistencia médica en el hogar y servicios de asistencia personal, cuando los brinde una agencia de atención en el hogar.</li> <li>● Fisioterapia, terapia ocupacional, patología del habla y servicios de audiología.</li> <li>● Debe solicitar una autorización previa para este servicio.</li> </ul>	Todos los inscritos, según corresponda.
<b>Atención de cuidados paliativos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Servicios de apoyo para personas que se acercan al final de la vida.</li> <li>● Debe solicitar una autorización previa para estos servicios.</li> </ul>	Todos los inscritos, según corresponda.



Beneficio	Qué se ofrece	Quién puede recibir este beneficio
<b>Servicios en hospitales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Servicios ambulatorios (preventivos, de diagnóstico, terapéuticos, de rehabilitación o paliativos).</li> <li>● Servicios con internación (estadía en el hospital).</li> <li>● Debe solicitar una autorización previa para este servicio.</li> </ul>	Todos los inscritos.
<b>Servicios de laboratorio y radiografías</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Pruebas de laboratorio y radiografías.</li> </ul>	Todos los inscritos.
<b>Atención en residencia geriátrica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Atención profesional en residencia geriátrica a tiempo completo durante un máximo de 90 días consecutivos.</li> </ul>	Todos los inscritos.
<b>Servicios de salud mental</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Servicios brindados por los proveedores de salud mental, que incluyen, entre otros, lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Servicios de diagnóstico y evaluación.</li> </ul> </li> <li>● Visitas a médicos y profesionales sanitarios. Incluye: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Asesoramiento individual.</li> <li>○ Asesoramiento grupal.</li> <li>○ Asesoramiento familiar.</li> <li>○ Servicios de un centro de salud federal calificado (FQHC)</li> </ul> </li> <li>● Tratamiento con medicamentos o somático.</li> <li>● Servicios ante crisis. Incluye acceso para inscritos a Mobile Crisis y a servicios para evaluaciones de emergencia basadas en la comunidad en el Programa Integral de Emergencias Psiquiátricas (CPEP).</li> <li>● Hospitalización con internación y servicios del departamento de emergencias.</li> <li>● Tratamiento ambulatorio intensivo (IOP).</li> <li>● Servicios para la administración de casos.</li> <li>● Tratamiento de afecciones mentales que podrían complicar el embarazo.</li> <li>● Servicios de Tratamiento Residencial Psiquiátrico Pediátrico (PRTF) para inscritos menores de 22 años durante treinta (30) días consecutivos.</li> <li>● Servicios de salud mental para niños incluidos en un IEP o un IFSP durante feriados, vacaciones escolares o días por enfermedad cuando el niño no está en la escuela.</li> <li>● Coordinación de la atención para inscritos que reciben los siguientes servicios del DBH: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Intervenciones basadas en la comunidad.</li> <li>○ Terapia multisistémica (MST).</li> <li>○ Tratamiento comunitario asertivo (ACT).</li> </ul> </li> </ul>	Todos los inscritos, según corresponda.



Beneficio	Qué se ofrece	Quién puede recibir este beneficio
<b>Servicios de salud mental (continuación)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Apoyo comunitario. Servicios de salud mental y abuso de sustancias en una institución para el tratamiento de enfermedades mentales.</li> <li>● Debe solicitar una autorización previa para algunos de estos servicios.</li> </ul>	Todos los inscritos, según corresponda.
<b>Servicios de asistencia para el cuidado personal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Servicios brindados a un inscrito por una persona calificada en dichos servicios, que no sea un miembro de la familia del inscrito, que suela estar en el hogar y que esté autorizada por un médico como parte del plan de tratamiento del inscrito.</li> <li>● Enfermería privada.</li> <li>● Debe solicitar una autorización previa para este servicio.</li> </ul>	Todos los inscritos. No disponible para inscritos en un hospital o una residencia geriátrica.
<b>Servicios de farmacia (medicamentos con receta)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Medicamentos con receta incluidos en la lista de medicamentos de HSCSN. Puede encontrar la lista de medicamentos en <a href="http://www.hscsnhealthplan.org">www.hscsnhealthplan.org</a> o llamando a Servicios para Inscritos.</li> <li>● Solo incluye medicamentos de las farmacias dentro de la red.</li> <li>● Incluye medicamentos enumerados sin receta (de venta libre). Debe pedir una receta a su médico para recibir medicamentos de venta libre. Encontrará una lista completa en <a href="http://www.hscsnhealthplan.org">www.hscsnhealthplan.org</a> o llamando a Servicios para Inscritos.</li> </ul>	Todos los inscritos, salvo que tengan elegibilidad doble (Medicaid/Medicare) y sus recetas estén cubiertas por la Parte D de Medicare.
<b>Podología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Atención especial por problemas en los pies.</li> <li>● Cuidados habituales para los pies, cuando haya necesidad médica.</li> </ul>	Todos los inscritos.
<b>Servicios de atención primaria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Servicios de atención preventiva, aguda y crónica, en general provistos por su PCP.</li> </ul>	Todos los inscritos.
<b>Dispositivos prostéticos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Dispositivos de reemplazo, corrección o apoyo recetados por un proveedor certificado.</li> <li>● Debe solicitar una autorización previa para este servicio.</li> </ul>	Todos los inscritos.
<b>Servicios de rehabilitación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Incluye terapia física, del habla y ocupacional.</li> <li>● Debe solicitar una autorización previa para este servicio.</li> </ul>	Todos los inscritos.
<b>Servicios de relevo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Hasta 480 horas por año calendario de servicios de relevo no calificado para brindar alivio temporal al cuidador o tutor de la responsabilidad de cuidado.</li> <li>● No incluye servicios calificados ni basados en una institución.</li> </ul>	Solo inscritos de 0 a 20 años.



Beneficio	Qué se ofrece	Quién puede recibir este beneficio
<b>Servicios de especialistas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de atención médica provistos por médicos especialmente capacitados o enfermeros de práctica avanzada.</li> <li>• Suelen ser necesarias las remisiones.</li> <li>• No incluye servicios ni cirugías para fines estéticos, excepto cirugías necesarias para corregir una condición que resulte en una cirugía o una enfermedad, creada por una lesión accidental o deformidad congénita, o una afección que dificulte el normal funcionamiento del cuerpo.</li> </ul>	Todos los inscritos.
<b>Servicios de transporte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transporte ida y vuelta para las citas médicas. Incluye servicios cubiertos por el DHCF.</li> </ul>	Todos los inscritos.
<b>Atención de la visión</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes oculares al menos una vez por año y según sea necesario; y anteojos (para corrección), según sean necesarios.</li> </ul>	Inscritos menores de 21 años
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un (1) par de anteojos cada dos (2) años, salvo cuando el inscrito haya perdido los anteojos o cuando la receta haya cambiado por más de 0.5 dioptrías.</li> </ul>	Inscritos mayores de 21 años



## Servicios que no pagamos

- Cirugías estéticas.
- Servicios, cirugías, tratamientos y medicamentos experimentales o de investigación.
- Servicios que son parte de un protocolo de ensayo clínico.
- Aborto o interrupción voluntaria del embarazo no exigido por la ley federal.
- El servicio es un aborto voluntario, salvo en estas situaciones:
  - La vida de la madre correría peligro si el feto se llevara a término.
  - El embarazo es resultado de una violación o incesto.
- Tratamientos por infertilidad.
- Esterilizaciones para menores de 21 años.
- Servicios para los que no haya necesidad médica.
- Es posible que algunos servicios de asesoramiento o remisión no estén cubiertos por HSCSN debido a creencias religiosas o morales. Comuníquese con el DHCF al (202) 442-5988 para obtener más información.
- El servicio no se describe en la lista de beneficios cubiertos y no hubo autorización previa.
- El motivo por el que se solicita la cirugía o los productos es estético (consulte más arriba).
- El servicio tiene un monto, una duración y un alcance que excede un límite expresamente establecido por el Departamento de Finanzas para Atención Médica de D.C.
- El servicio es un medicamento recetado provisto a un inscripto que cuenta con elegibilidad doble para Medicare y Medicaid D.C. Estos medicamentos son excepciones:
  - Benzodiazepinas.
  - Barbitúricos.
  - Medicamentos de venta libre cubiertos.

### El servicio es:

- investigativo
- experimental
- parte de un ensayo clínico
- Los servicios están dentro de un entorno escolar a cargo de los empleados de las Escuelas Públicas del Distrito de Columbia (DCPS) o de contratistas escolares, o si el inscripto reside en una escuela privada.



# Transición de la atención

Si HSCSN es nuevo para usted, puede mantener sus citas médicas programadas y recetas durante los primeros **60 días**. Si su proveedor no está actualmente dentro de la red de HSCSN, entonces es posible que le pidan que seleccione a un nuevo proveedor dentro de la red de proveedores de HSCSN.

Si su médico abandona la red de HSCSN, lo notificaremos dentro de los 15 días calendario para que tenga tiempo de seleccionar a otro proveedor. Si HSCSN da por finalizado el contrato con su proveedor, lo notificaremos dentro de los 30 días calendario antes de la fecha de finalización efectiva.

Es importante que sepa que, cuando tenga entre 16 y 21 años, necesitará hacer la transición a proveedores para adultos. Su administrador de la atención lo ayudará con esto.

Si no puede tomar decisiones de atención médica por sus propios medios, cuando cumpla 18 años, trabaje con su administrador de la atención para conocer las opciones de tutoría o la toma de decisiones con respaldo.

Cuando cumpla 16 años, el administrador de la atención lo ayudará a tomar un papel activo en su atención médica.

Durante esta transición, su administrador de la atención (CM) hará lo siguiente:

- Ayudarlo a obtener información sobre su atención médica.
- Hablar con usted sobre cómo tomar sus propias decisiones de atención médica.
- Programar su última cita con su médico pediatra actual.
- Verificar que su información médica esté actualizada.
- Buscar un médico para adultos y ayudarlo a programar su primera cita.
- Aprender sobre sus derechos según la ley respecto de su salud.

Después de cumplir 20 años, nos aseguraremos de que entienda los cambios que suceden a los 21. Lo ayudaremos a cambiar a un nuevo médico para adultos.

Durante esta transición, su administrador de la atención (CM) hará lo siguiente:

- Buscar a un nuevo médico de atención para adultos.
- Obtener más información sobre sus necesidades de atención médica.
- Establecer nuevas metas de salud.

El seguro de HSCSN es para niños, adolescentes y adultos menores de 26 años. Se dará de baja su inscripción de HSCSN cuando cumpla 26 años. La mayoría de los inscritos pueden permanecer en HSCSN hasta que cumplan 26 años. Los niños abandonan HSCSN cuando sus madres lo abandonan o a los 6 años, lo que suceda primero. Los inscritos en el programa Katie Beckett dejan de ser elegibles para Katie Beckett cuando cumplen 19 años.

Su administrador de la atención trabajará de cerca con usted para diseñar un plan de transición al alcanzar la edad límite. Tareas de su administrador de la atención:

- Asegurarse de que usted tenga una lista de todos sus servicios y proveedores. Esto incluye:
  - Médicos.
  - Medicamentos y suministros.



- Servicios de salud en el hogar.
- Equipos médicos.
- Asegurarse de que usted cambia a proveedores de Medicaid con tarifa por servicio.
- Trabajar con usted para solicitar una tarjeta de ID de Medicaid con tarifa por servicio.
- Confirmar que su elegibilidad para Medicaid con tarifa por servicio está vigente en la Administración de Seguridad Económica de D.C.
- Ayudarlo a recertificar su elegibilidad para Medicaid con tarifa por servicio.
- Hablar con usted sobre los programas del Departamento de Servicios para la Discapacidad de D.C. para los que usted podría calificar y ayudarlo con las solicitudes de los programas.
- Asegurarse de que usted tenga una lista de recursos comunitarios.
- Conversar sobre cómo corregir problemas que puedan suceder durante su transición.

Cuando abandone HSCSN, es posible que pueda inscribirse en una agencia de administración de casos que brinde apoyo de coordinación de la atención para adultos. Su administrador de la atención de HSCSN conversará con usted sobre cómo inscribirse. Si califica, este cambio suele producirse de 30 a 60 días después de haber abandonado HSCSN.

Si tiene alguna pregunta sobre superar el límite máximo de edad de HSCSN, llame al (202) 467-2737 y pida hablar con su administrador de la atención.

Es muy importante que vea a su proveedor de atención médica lo antes posible después de recibir el alta. Su administrador de la atención de HSCSN puede ayudarlo a conseguir citas de seguimiento.

## **Dependencias para el tratamiento residencial psiquiátrico pediátrico**

### **¿Qué es una dependencia para el tratamiento residencial psiquiátrico (PRTF)?**

- Una dependencia que brinda acceso las 24 horas a un psiquiatra y a personal de enfermería.
- Una PRTF puede ayudarlo con educación, salud mental o problemas con medicamentos que un proveedor comunitario no podría resolver.
- Los programas de la PRTF son para jóvenes que necesitan tratamientos intensivos de terapia y conducta. Las PRTF también pueden completar evaluaciones.
- La terapia familiar y la capacitación en destrezas parentales son las dos partes principales del tratamiento. Esto ayuda a garantizar que el joven y las familias estén preparados para la vuelta al hogar.
- Las necesidades de salud dental y médica del joven deben cubrirse durante la ubicación. También deben cubrirse las necesidades educativas y de salud mental.
- Esto se denomina ubicación médica. Esto requiere una revisión constante y la aprobación de un psiquiatra pediatra de HSCSN.



- Otras agencias gubernamentales autorizadas pueden ubicar al niño en una PRTF. Su administrador de la atención (CM) de la PRTF de HSCSN se reunirá con la PRTF, incluso si HSCSN no comenzó el proceso. Los demás miembros del equipo de HSCSN también pueden sumarse a estas reuniones.

### ¿Qué recibe mi hijo en una PRTF?

- Se reúne con terapeutas y psiquiatras.
- Asiste a la escuela y recibe servicios de su IEP y del Plan 504.
- Se alimenta, duerme y tiene tiempo libre del programa.
- Recibe terapia familiar y visitas como respaldo para sus metas en terapia.
- Accede a pases para visitas presenciales y externas según su plan de tratamiento y el progreso hacia las metas.
- Accede a personal que trabaja como equipo de tratamiento para brindar respaldo a usted y a su hijo durante su estadía en la PRTF.
- Recibe un plan de alta con el equipo de tratamiento, que comienza el día de la admisión. Esto significa que el equipo trabaja en conjunto para asegurarse de que usted y su hijo planifiquen su vuelta de la PRTF.
- El equipo se reunirá todos los meses, y usted estará invitado. Puede participar por teléfono o virtualmente.
- Su hijo irá al médico y verá a un dentista mientras esté en la PRTF.
- Su hijo verá a los especialistas necesarios en la PRTF. Esto se hará con un proveedor cerca de la PRTF (si es fuera del área circundante de DC).
- Los programas están pensados en niveles en los que los jóvenes pueden trabajar. Cada nivel muestra su progreso hacia el cumplimiento de las metas del plan de tratamiento. Los jóvenes trabajarán para llegar al máximo nivel y ganar recompensas. Estos son diferentes en cada PRTF.

### ¿Qué ofrece HSCSN mientras mi hijo esté en una PRTF?

- HSCSN asignará un CM de la PRTF como punto de contacto con HSCSN.
- El CM de la PRTF de HSCSN asistirá a las reuniones del equipo de tratamiento. El resto del personal de HSCSN puede unirse, de ser necesario.
- El CM de la PRTF de HSCSN verá a su hijo, al menos, una vez cada cuatro meses. Esto puede ocurrir en la PRTF o virtualmente.
- HSCSN le pagará para que visite a su hijo:
  - HSCSN les pagará a usted y a una persona adicional por el viaje, ida y vuelta, a la PRTF.
  - HSCSN pagará un hotel por un máximo de dos noches.
  - HSCSN puede pagar el transporte para la ida y vuelta del hotel, y la ida y vuelta del aeropuerto.
  - Su hijo también puede quedarse con usted en el hotel con un pase, como respaldo a sus metas terapéuticas. El equipo de tratamiento ayudará a preparar un plan de seguridad para visitas y pases cuando estén lejos de la PRTF.
  - Consulte la Hoja de datos de viajes para ver más detalles sobre lo que paga HSCSN.



- HSCSN le pagará a su hijo para que lo visite en DC cuando el equipo de tratamiento lo recomiende.
  - Usted pagará todas las comidas y otros viajes necesarios.
- El CM de la PRTF de HSCSN lo ayudará a planificar la vuelta de su hijo a DC cuando haya cumplido sus metas. Esto incluye buscar servicios en DC para ayudar a su hijo a mantener su progreso.
- El CM de la PRTF de HSCSN trabajará con los proveedores de DC de su hijo para ayudar a preparar la vuelta de su hijo a casa. Esto puede incluir:
  - Proveedor de atención primaria.
  - Proveedores de salud conductual.
  - Otras agencias de DC (como DCPS, OSSE y DBH).
- El CM de la PRTF de HSCSN trabajará con usted para crear y actualizar el plan de atención para su hijo.

## Otras cuestiones importantes que debe saber

### Qué debo hacer si me mudo

- Actualice su información de contacto en [www.districtdirect.dc.gov](http://www.districtdirect.dc.gov).
- Llame a Servicios para Inscritos de HSCSN al (202) 467-2737 o al 1-(866) 937-4549.

### Qué debo hacer si tengo un bebé

- Llame al Centro de cambios de la Administración de Seguridad Económica (ESA) de DC al 202-727-5355.
- Llame al administrador de la atención de HSCSN o a Servicios para Inscritos de HSCSN al (202) 467-2737 o al 1-(866) 937-4549.

### Qué debo hacer si adopto un niño

- Llame al Centro de cambios de la Administración de Seguridad Económica (ESA) de DC al 202-727-5355.

### Qué debo hacer si alguien en mi familia fallece

- Llame al Centro de cambios de la Administración de Seguridad Económica (ESA) de DC al 202-727-5355.
- Llame a Servicios para Inscritos de HSCSN al (202) 467-2737 o al 1-(866) 937-4549.



## Cómo cambiar de MCO

- Puede cambiar de organización de atención administrada (MCO):
  - Durante los 90 días calendario posteriores a su inscripción inicial o 90 días calendario después de la fecha en que recibió su aviso de inscripción del Distrito, lo que suceda más tarde.
  - Una vez por año durante la inscripción abierta.
  - Si la pérdida temporal de la elegibilidad causa que pierda la inscripción abierta.
  - Si el Distrito impone sanciones a la MCO o suspende la inscripción.
  - En cualquier momento, si tiene un buen motivo o causa, como las siguientes:
    - Se muda afuera del área de servicio.
    - HSCSN no cubre los servicios que usted necesita debido a objeciones morales o religiosas.
    - Usted necesita recibir servicios relacionados al mismo tiempo, pero no todos los servicios relacionados están disponibles, y si su proveedor determina que recibir los servicios por separado es riesgoso.
    - Usted considera que la MCO lo ha discriminado por motivos de raza, género, etnia, nacionalidad, religión, discapacidad, embarazo, edad, información genética, estado civil, orientación sexual, identificación género, apariencia personal, responsabilidades familiares, afiliaciones políticas y fuente de ingresos o lugar de residencia.
    - Usted siente que ha recibido una calidad insatisfactoria de atención, no accedió a los servicios cubiertos o no accedió a proveedores con experiencia en tratar sus necesidades de atención médica.
- D.C. Healthy Families le enviará una carta dos meses antes de la inscripción abierta. En esta carta, se explica cómo cambiar de MCO.
- Cuando cambie de MCO, su información de atención médica hará una transición a la nueva MCO que usted elija para que pueda continuar recibiendo la atención que necesita.

## No podrá seguir recibiendo atención médica de HSCSN en los siguientes casos:

- Si pierde la elegibilidad de Medicaid.
- Si pierde la elegibilidad para los ingresos de seguridad social (SSI).
- Si muestra un patrón de conductas disruptivas o abusivas, u obtuvo servicios de forma fraudulenta o con engaños.

## El niño será retirado de HSCSN si sucede lo siguiente:

- El niño pasa a estar bajo la tutela del Distrito.



## **El gobierno de D.C. puede retirarlo de HSCSN si sucede lo siguiente:**

- Permite que otra persona use su tarjeta de ID de inscripto.
- El Distrito descubre que usted cometió fraude con Medicaid.
- No cumple sus responsabilidades de inscripto.

## **¿Qué pasa si me facturan un servicio cubierto?**

Si recibe una factura por un servicio cubierto que aparece en la lista anterior, llame a Servicios para Inscriptos (202) 467-2737 o al 1-(866) 937-4549.

## **Pago de servicios no cubiertos**

- Si decide que quiere un servicio que nosotros no pagamos y no tiene permiso escrito de HSCSN, deberá pagar por el servicio.
- Si decide obtener un servicio que nosotros no pagamos, deberá firmar una declaración en la que acepta pagar por el servicio.
- Recuerde siempre mostrar su tarjeta de ID de inscripto y decirles a los médicos que usted está inscripto en HSCSN antes de recibir servicios.
- Si paga por los servicios y cree que tiene derecho a un reembolso, debe solicitarlo dentro de los seis (6) meses desde la fecha en que acudió a la farmacia, la clínica, el médico o el hospital. Comuníquese con su administrador de la atención de HSCSN o con el Servicios para Inscriptos al (202) 467-2737 para presentar una solicitud de reembolso o para recibir más información.



## Directivas anticipadas

Una directiva anticipada es un documento legal que usted firma y que permite que otros conozcan sus elecciones de atención médica. Se usa cuando no puede hablar por sus propios medios. Muchas veces, se denomina “testamento en vida” o “poder notarial duradero”.

Una directiva anticipada le permite elegir a una persona para que tome decisiones por usted sobre su atención médica. También le permite decir qué tipo de tratamiento médico quiere recibir si se enferma demasiado para expresar sus deseos.

Es importante hablar sobre las directivas anticipadas con su familia, su PCP u otras personas que podrían ayudarle.

Si quiere completar y firmar una directiva anticipada, pídale ayuda a su PCP durante su próxima cita, llame a su administrador de la atención o a los Servicios para Inscritos al (202) 467-2737 o al 1-(866) 937-4549, y lo ayudaremos.

## Qué debo hacer si tengo otro seguro

Si usted está inscrito en HSCSN, debe decirnos inmediatamente si tiene otro seguro de salud. Llame a Servicios para Inscritos al (202) 467-2737 o al 1-(866) 937-4549.



## Qué debo hacer si califico para Medicaid y Medicare

Si tiene Medicare y Medicaid, llame a HSCSN para que podamos elegir a proveedores de Medicare. Si tiene Medicare, debe inscribirse en la Parte D de Medicare para recibir medicamentos con receta. Medicaid pagará sus copagos. Consulte la página 74 de este manual para obtener más información.

## ¿Qué es el fraude?

El fraude es un tema grave. Consiste en hacer declaraciones o representaciones falsas de hechos materiales para obtener algún beneficio o pagos que no tendría derecho de recibir de otra forma. Un ejemplo de fraude de los inscritos es declarar falsamente que vive en el Distrito, cuando en realidad vive en las afueras del Distrito de Columbia. Un ejemplo de fraude de proveedores es facturar servicios que no se brindaron o suministros que no se entregaron.

Si tiene una sospecha de fraude, avísenos. No debe identificarse ni dar su nombre. Si desea más información sobre qué es el fraude, visite el sitio web de HSCSN en [www.hscsnhealthplan.org](http://www.hscsnhealthplan.org). Para denunciar un fraude, llame a la línea directa de reclamos, apelaciones y cumplimiento de HSCSN al (202) 495-7582, envíe un correo electrónico a [compliance@hshealth.org](mailto:compliance@hshealth.org) o llame a la línea directa de fraude del Departamento de Finanzas para la Atención Médica de DC al 1-877-632-2873.

## Divulgación del plan de incentivos para médicos

Tiene derecho a saber si HSCSN tiene acuerdos financieros especiales con los médicos de HSCSN.

Llame a Servicios para Inscritos de HSCSN al (202) 467-2737 o al 1-(866) 937-4549 para recibir esta información.

# Reclamos, apelaciones y audiencias imparciales

HSCSN y el gobierno del Distrito tienen vías para que usted reclame por la atención que recibe o los servicios que HSCSN le brinda. Puede elegir cómo le gustaría cómo presentar el reclamo, según se describe a continuación.

## Reclamos

- Si no está satisfecho con lo que le sucedió, puede presentar un reclamo. Ejemplos de motivos por los que podría presentar un reclamo:
  - Siente que no lo trataron con respeto.
  - No está satisfecho con la atención médica que recibió.
  - Pasó demasiado tiempo hasta el día de su cita.
- Para presentar un reclamo, puede llamar a la línea directa de reclamos, apelaciones y cumplimiento de HSCSN al (202) 495-7582.
- Si necesita asistencia para presentar un reclamo, llame a Servicios para Inscritos al (202) 467-2737 o al 1-(866) 937-4549.
- Su médico también puede presentar un reclamo por usted con su consentimiento por escrito.



Puede presentar un reclamo en cualquier momento después de haber quedado insatisfecho. HSCSN suele tomar una decisión dentro de los 90 días calendario, pero puede pedir tiempo adicional (no más de 14 días calendario en total) para tomar una decisión. HSCSN le enviará una carta en dos (2) días hábiles para avisarle que recibimos su solicitud de reclamo.

Para presentar un reclamo por escrito ante HSCSN, envíelo a la siguiente dirección:

ATTN: Risk Management  
1101 Vermont Avenue NW  
Suite 1200  
Washington, DC 20005  
riskmanagement@hschealth.org

## Apelaciones

Si cree que, de manera injusta, se le denegaron, redujeron, postergaron o discontinuaron sus beneficios, tiene derecho a presentar una apelación ante HSCSN. Si llama y presenta su apelación por teléfono, HSCSN resumirá su apelación en una carta y le enviará una copia. Asegúrese de leer la carta atentamente.

HSCSN le enviará una resolución escrita de las apelaciones estándar dentro de los 30 días calendarios desde la fecha en que se recibió su apelación. El período para llegar a una resolución para la apelación incluye enviarle la notificación por escrito sobre la resolución.

Si HSCSN necesita más tiempo para obtener información, y el Distrito decide que esto es lo mejor para usted, o si usted o su representante solicitan más tiempo, HSCSN puede aumentar el tiempo para tomar la decisión por 14 días calendario más. HSCSN debe enviarle un aviso escrito de la extensión.

Recibirá por correo un aviso escrito de la decisión de HSCSN sobre su apelación.

Si no está satisfecho con la decisión de HSCSN sobre su apelación, puede solicitar una audiencia imparcial.

Para presentar una audiencia imparcial ante HSCSN, debe llamar a la línea directa de reclamos, apelaciones y cumplimiento de HSCSN al (202) 495-7582 o llamar a Servicios para Inscriptos al (202) 467-2737 o al 1-(866) 937-4549.

## Audiencias imparciales

Si no está satisfecho con el resultado de la apelación que presentó ante HSCSN, puede solicitar una “audiencia imparcial” en la Oficina de Audiencias Administrativas de DC.

Para presentar una solicitud de audiencia imparcial, llame o escriba al gobierno del Distrito a la siguiente dirección:

District of Columbia Office of Administrative Hearings  
Clerk of the Court  
441 4th Street, NW  
Suite N#450  
Washington, DC 20001  
Teléfono: 202-442-9094



## Plazos:

- Debe presentar una apelación dentro de los 60 días calendario desde la fecha de aviso de la Determinación adversa del beneficio.
- Puede solicitar una audiencia imparcial del Distrito como máximo, 120 días calendario después de la fecha del aviso de Resolución de la apelación de HSCSN.
- Si quiere continuar recibiendo el beneficio (servicio) durante la audiencia imparcial o la apelación, debe solicitar la audiencia imparcial o la apelación dentro uno de los siguientes plazos, el que suceda más tarde:
  - Dentro de los 10 días calendario desde el matasellos del aviso de Determinación adversa de beneficios de HSCSN o el aviso de resolución de la apelación.
  - La fecha de entrada en vigor programada de la acción propuesta de HSCSN (es decir, el día en que los beneficios se detienen).

Su proveedor puede presentar una apelación o solicitar una audiencia imparcial en su nombre.

## Procesos acelerados (de emergencia) para reclamos y apelaciones

Si se determina que su apelación es una emergencia, HSCSN tomará una decisión dentro de las 72 horas. Se considera que una apelación es una emergencia si es perjudicial o doloroso para usted esperar los tiempos estándares del procedimiento de apelación.

Todas las apelaciones presentadas por pacientes con VIH o sida, enfermedades mentales o cualquier otra afección que exige atención inmediata se resolverán y comunicarán al inscripto dentro de las 24 horas desde la presentación de la apelación.

## Sus derechos durante el proceso de reclamos, apelaciones y audiencias imparciales

- Tiene derecho a una audiencia imparcial. Puede solicitar una audiencia imparcial en la Oficina de Audiencias Administrativas después de haber pasado por el proceso de apelaciones de un nivel con HSCSN.
- Debe solicitar una audiencia imparcial, como máximo, 120 días calendario después de la fecha del aviso de Resolución de la apelación.
- Si HSCSN no le envía un aviso sobre su apelación o no lo hace en los tiempos adecuados, el proceso de apelación se considerará completo, y usted puede continuar y solicitar una audiencia imparcial.
- Tiene derecho a continuar recibiendo el beneficio que le negamos mientras se revisa la apelación o audiencia imparcial. Para mantener el beneficio durante la audiencia imparcial, debe solicitar la audiencia imparcial dentro de una cierta cantidad de días. Podría ser con apenas 10 días calendario.
- Tiene derecho a que alguien de HSCSN lo ayude en el proceso de reclamo y apelación.
- Tiene derecho a representarse a usted mismo o a ser representado por su familiar cuidador, su abogado u otro representante.



- Tiene derecho a que se hagan adaptaciones por cualquier necesidad de atención médica especial.
- Tiene derecho a recibir servicios adecuados de TTY/TTD y para personas con problemas de visión.
- Tiene derecho a recibir servicios adecuados de traducción y de un intérprete.
- Tiene derecho a ver todos los documentos relacionados con el reclamo, la apelación o la audiencia imparcial.

Si tiene alguna pregunta sobre el proceso de reclamos y apelaciones o audiencias imparciales, llame a Servicios para Inscritos al (202) 467-2737 o al 1-(866) 937-4549.

## Notificación de las prácticas de privacidad

Esta notificación describe cómo puede usarse y divulgarse su información de salud, y cómo usted puede acceder a dicha información. Léala con atención.

**Esta notificación describe cómo puede usarse y divulgarse su información personal y de salud, y cómo usted puede acceder a dicha información. Revísela con atención.**

Health Services for Children with Special Needs, Inc. (HSCSN) sabe lo importante que es mantener la privacidad de su información de salud.

Mantendremos a salvo su información personal y solo la usaremos exactamente de la manera en que dijimos que la usaríamos.

Solo usamos su información personal según lo establecido por ley y de la manera descrita en esta notificación. Tenemos derecho a cambiar esta notificación en cualquier momento. Puede encontrar esta notificación en [www.hscsnhealthplan.org](http://www.hscsnhealthplan.org). Puede pedir una copia en cualquier momento.

Las diferentes leyes establecen reglas distintas para la información de salud.

- La información de salud es aquella información sobre su atención médica o la de su hijo.
- Información personal se refiere a información de salud y cualquier otro tipo de información que recopilamos mientras le brindamos beneficios a usted o a su hijo. Puede ser su dirección o su número de Seguridad Social.

La ley establece que debemos entregarle este aviso. Le dirá lo siguiente:

- Las formas en que podemos usar información de salud sobre usted y su hijo.
- Sus derechos.
- Nuestras responsabilidades respecto de cómo usamos esta información y hablamos con otras personas sobre ella.

### Información de salud

Podemos obtener información de salud de usted o de otras personas para brindar servicios de salud. También recopilamos información de estas fuentes:

- Reclamos y encuentros de atención médica.
- Solicitudes de servicios.
- Antecedentes médicos.
- Reclamos y apelaciones.



## Cómo protegemos la privacidad de la información personal

Protegemos su información de salud de la siguiente manera:

- Brindamos información personal sobre usted o su hijo solo a las personas de HSCSN que necesitan saberla. Esto nos ayuda a brindarle productos o servicios.
- Mantenemos a salvo y en lugares seguros toda la información personal.
- Pedimos permiso cada vez que enviamos información sobre usted o su hijo.

Las demás personas no pueden hablar con nadie más sobre la información que les brindamos sobre usted o su hijo. Esto es lo que establece la ley.

## De qué maneras podemos usar y divulgar información de salud

La ley establece que podemos usar información de salud sin su permiso en los siguientes casos:

- Tratamientos. Podemos dar información a las personas que le brindarán tratamiento.
  - Médicos.
  - Enfermeros.
  - Técnicos.
  - Personal del consultorio.
  - Otros miembros del personal.
- Pagos. Podemos usar la información de salud sobre el inscripto y enviarla a otras personas cuando necesitemos decidir lo siguiente:
  - Si el servicio o artículo está cubierto.
  - Para establecer la atención.
  - Para revisar si el servicio es necesario desde un punto de vista médico.
  - Para pagar o revisar los pedidos de pago.
  - Para responder reclamos.
- Operaciones de atención médica. Podemos usar su información personal o la de su hijo, o enviarla a otras personas, para ayudar con las operaciones de atención médica. Esto puede incluir:
  - Actividades de mejora de la calidad.
  - Acreditación.
  - Respuesta de preguntas.
  - Programas de apelación y revisión.
  - Promoción de la salud.
  - Administración de casos y atención.
  - Actividades generales del consultorio.
  - Muchas veces, puede ser útil para lo siguiente:
    - Auditar.
    - Revisar programas y pagos de farmacia.
    - Ayudar con la venta, la transferencia o la fusión total o parcial del sistema HSC con otra organización.

La lista no incluye todos los motivos por los que se puede brindar esa información. Debe firmar un formulario de autorización, donde se incluye información sobre estas actividades.

## Otros usos autorizados o requeridos

La ley nos permite usar o brindar información de salud sobre usted o su hijo sin permiso por los siguientes motivos:



- Para obedecer a las agencias federales o estatales que supervisan la atención médica.
- Para permitir a los patrocinadores del plan de salud administrar el plan.
- Para los investigadores que cumplen todas las leyes de protección de su privacidad.
- Para cumplir con un pedido judicial u otro proceso legal.
- Para cualquier persona que nos brinde servicios. Tienen que asegurarse de que mantendrán toda la información segura y a salvo.
- Para contarle sobre alternativas de tratamiento o beneficios o servicios relacionados con la salud.
- A veces, la ley federal y estatal nos permite brindar a las agencias información de salud sobre usted o su hijo sin autorización. Por ejemplo:
  - Para proteger a las víctimas de abuso o negligencia.
  - Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad.
  - Para hacer un seguimiento de enfermedades o dispositivos médicos.
- También podemos informar a las autoridades militares o de veteranos si usted es miembro de las fuerzas armadas.
- Podemos brindar información:
  - A médicos forenses.
  - Para indemnizaciones por accidentes laborales.
  - Por seguridad nacional.
  - A cualquier persona que la ley ordene.
- Brindaremos información de salud a organizaciones que estén a cargo de trasplantes de órganos, ojos o tejidos, o al banco de donación de órganos. Esto ayudará a facilitar los trasplantes y las donaciones de órganos.
- Tenemos permitido usar la información de salud que no lo identifica ni identifica a su hijo.
- Podemos brindar información de salud sobre usted a sus familiares o amigos, si usted está de acuerdo y lo expresa por escrito.

Si lo solicita, le diremos qué información se compartió. También le diremos con quién y por qué.

## Otros usos de la información de salud

- No usaremos su información de salud ni la de su hijo, ni la contaremos a nadie sin un motivo. Las únicas circunstancias en las que compartimos información son los motivos enumerados previamente o si tenemos su aprobación por escrito.
- Debemos obtener una aprobación independiente de los consentimientos que hemos recibido de su parte en el pasado.
- Si nos brindan aprobación para usar o divulgar información de salud, la aprobación podrá anularse en cualquier momento. Debe notificarnos por escrito.
- Si se anula la aprobación, ya no podremos usar la información sobre usted o su hijo, ni divulgarla.
- No podemos deshacer los usos o divulgaciones ya hechos, si ya nos dio su permiso.

Existen reglas especiales para la información sobre usted o su hijo relacionada con el VIH o el abuso de sustancias.

- No podemos divulgar esa información sin una aprobación especial escrita y firmada.
- Es diferente de la aprobación y el consentimiento detallado previamente.
- La ley establece que tenemos tanto un consentimiento firmado como una aprobación especial por escrito.



Existen leyes especiales para los registros relacionados con el VIH o el abuso de sustancias. Usted o el cuidador legal de su hijo deben dar consentimiento y aprobación.

## **Derechos relacionados con la información de salud**

Usted, su hijo o el cuidador de su hijo tienen los siguientes derechos respecto de su información de salud.

### **Derecho a ver y copiar la información de salud**

La única excepción son las notas de psicoterapia u otros motivos limitados. Debe enviarnos una solicitud por escrito antes de poder ver o copiar la información de salud. Podemos cobrar una tasa por los costos de copiado, envío u otros suministros.

### **Derecho a cambiar los registros**

Puede pedirnos que cambiemos información si la información de salud no es correcta. Si no le permitimos cambiar la información, le diremos el porqué por escrito.

### **Derecho a un informe de divulgación**

Es una lista de las personas a quienes les dimos información médica sobre usted o su hijo. Esta es información sobre usted o su hijo que no forma parte de las operaciones de atención médica, tratamiento y pago. Para obtener esta lista:

- Debe pedirla por escrito.
- Debe decirnos qué período quiere.
- No puede ser más antigua que 6 años.
- No puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003.

Le daremos la lista de forma gratuita. No le daremos la lista de forma gratuita si ya le hemos dado una lista en el mismo período de 12 meses.

Podemos suspender temporalmente su derecho a recibir un informe de divulgación en ciertas circunstancias, según lo definido por ley.

### **Derecho a solicitar restricciones (límites)**

Tiene derecho a establecer un límite en la información de salud que usamos o brindamos a otras personas. Esto incluye información sobre lo siguiente:

- Tratamiento.
- Pago.
- Operaciones de atención médica.

También tiene derecho a establecer un límite en la información de salud sobre usted o su hijo que usamos o brindamos a otras personas involucradas en la atención o el pago.

No estamos obligados a aceptar las restricciones solicitadas.

### **Derecho a la comunicación confidencial**

Tiene derecho a pedir que se hable sobre la información de salud en un lugar en particular o de una manera específica. Aceptaremos todas las solicitudes razonables.



## **Derecho a una copia impresa de esta notificación**

Tiene derecho a pedir una copia impresa de esta notificación en cualquier momento.

## **Cambios a esta notificación**

Podemos:

- Modificar esta notificación.
- Aplicar la notificación modificada a la información médica que ya tenemos sobre el inscripto.
- Cambiarla por información que recibimos en el futuro.

Mantendremos un resumen de la notificación vigente con la fecha de entrada en vigor en la esquina superior derecha. Siempre puede obtener una copia de la notificación vigente.

## **Cómo obtener más información o informar una queja**

Puede presentar una queja si cree que no se respetó su privacidad. Puede comunicarse con nuestras oficinas o con la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Si quiere presentar una queja ante la Secretaría:

- Envíe una carta a 200 Independence Avenue, SW, Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201.
- Llame al 1-(877) 696-6775.

Si quiere presentar una queja en nuestras oficinas, comuníquese con esta información:

- Funcionario de Cumplimiento y Privacidad de HSCSN Jason Pounds al (202) 495-7718.
- HSCSN 1101 Vermont Avenue NW, Suite 1200, Washington, D.C. 20005.

No lo penalizaremos por presentar una queja.



# Aviso de la Parte D de Medicare de HSCSN para inscritos tanto en Medicare como en Medicaid

Si recibe Medicare y Medicaid al mismo tiempo, a partir del mes, día y año, recibirá sus medicamentos a través del Programa de la Parte D de Medicare.

HSCSN solo cubrirá los siguientes medicamentos:

- Barbitúricos.
- Benzodiazepinas.
- Algunos medicamentos de venta libre.

Si tiene alguna pregunta sobre sus medicamentos, llame a Servicios para Inscritos de HSCSN al (202) 467-2737 o al 1-(866) 937-4549. Si tiene preguntas sobre la Parte D de Medicare, también puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o visitar el sitio web [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov).



# Oficina del defensor para la atención médica y la Declaración de Derechos

El Programa del Defensor para la Atención Médica es un programa del gobierno del Distrito de Columbia que le brinda asistencia y consejos respecto de la atención médica que recibe de su MCO. El defensor para la atención médica puede brindarle estos servicios:

- Explicar la atención médica que tiene derecho a recibir.
- Responder a sus preguntas e inquietudes sobre su atención médica.
- Ayudarle a comprender sus derechos y responsabilidades como inscripto en una MCO.
- Brindarle asistencia para recibir los servicios necesarios desde el punto de vista médico que usted necesita.
- Responder preguntas e inquietudes que tenga sobre la calidad de su atención médica.
- Ayudarle a resolver problemas con su médico u otro proveedor de atención médica.
- Brindarle asistencia para resolver reclamos y problemas con su MCO.
- Asistirlo en los procesos de apelación.
- Brindarle asistencia para presentar una solicitud de audiencia imparcial para usted.

Para comunicarse con el defensor para la atención médica, llame al 202-724-7491 o al 1-877-685-6391 (línea gratuita). El defensor para la atención médica no toma decisiones sobre reclamos, apelaciones o audiencias imparciales. La oficina del defensor para la atención médica y la Declaración de Derechos se ubica en esta dirección:

One Judiciary Square  
441 4th Street, NW  
Suite 250 North  
Washington, DC 20001  
Teléfono: (202) 724-7491  
Fax: (202) 442-6724  
Línea gratuita: 1(877) 685-6391  
Correo electrónico: [healthcareombudsman@dc.gov](mailto:healthcareombudsman@dc.gov)



## Definiciones

<b>Directivas anticipadas</b>	Un documento legal escrito que usted firma para que los demás sepan qué atención médica desea o no desea, en caso de que esté tan enfermo o lastimado que no pueda hablar por sí mismo.
<b>Defensor</b>	Persona que lo ayuda a obtener la atención médica y otros servicios que necesita.
<b>Apelación</b>	Una apelación es un tipo especial de queja que se presenta si no está de acuerdo con una decisión tomada por HSCSN de denegar una solicitud de servicios de atención médica o pagos por los servicios que ya recibió. También puede presentar este tipo de queja si no está de acuerdo con una decisión de cancelar los servicios que recibe.
<b>Cita</b>	Un cierto día y horario que su médico reservó para reunirse con usted y hablar sobre sus necesidades de atención médica.
<b>Administrador de la atención</b>	Persona que trabaja para HSCSN y que lo ayudará a obtener la atención, el apoyo y la información que necesita para mantenerse sano.
<b>Control</b>	<i>Vea Evaluación.</i>
<b>Anticoncepción</b>	Provisiones relacionadas con la planificación familiar.
<b>Servicios cubiertos</b>	Servicios de atención médica que HSCSN pagará cuando el proveedor los brinde.
<b>Desintoxicación</b>	Eliminación de sustancias dañinas para el cuerpo, como drogas y alcohol.
<b>Desarrollo</b>	La manera en la que crece un niño.
<b>Programa de Tratamiento de las Enfermedades</b>	Un programa que ayuda a personas con enfermedades crónicas o necesidades de atención médica especial, como asma, hipertensión o enfermedades mentales, a obtener atención y servicios.
<b>Equipo médico duradero (DME)</b>	Equipo médico especial que su médico puede pedirle que use en su hogar.
<b>Atención de emergencia</b>	Atención que necesita de inmediato para tratar una afección grave, repentina y que, en muchos casos, pone en riesgo la vida.
<b>Inscrito</b>	La persona que recibe atención médica por medio de la red de proveedores de HSCSN.
<b>Tarjeta de identificación (ID) de inscripto</b>	Tarjeta que informa a sus médicos, hospitales, farmacias y a otras personas que usted está inscripto en HSCSN.



<b>Programa de detección temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento (EPSDT)</b>	Servicios que ofrecen una manera de que los niños, desde el nacimiento hasta los 21 años, accedan a los exámenes médicos, controles, tratamientos de seguimiento y atención especial que necesiten. También se lo llama <i>Programa de Control de Salud</i> .
<b>Audiencia imparcial</b>	Puede solicitar una audiencia imparcial en la Oficina de Audiencias Administrativas de DC si no está satisfecho con la decisión relacionada con su apelación.
<b>Planificación familiar</b>	Servicios que incluyen pruebas de embarazo, anticonceptivos, pruebas de detección y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, y pruebas de detección y terapia para el VIH/sida.
<b>Médico de familia y generalista</b>	Médico que puede tratar a toda la familia.
<b>Reclamo</b>	Si no está satisfecho con la atención que recibió o con los servicios de atención médica provistos por HSCSN, puede llamar a Servicios para inscriptos y presentar un reclamo.
<b>Manual</b>	Este libro, que le brinda información sobre HSCSN y nuestros servicios.
<b>Programa de Control de Salud</b>	Vea EPSDT.
<b>Personas con problemas de audición</b>	Si no escucha bien o está sordo.
<b>IDEA</b>	Ley de Educación para Personas con discapacidades; una ley federal que brinda servicios a niños con retrasos del desarrollo y necesidades de atención médica especial.
<b>Vacunación</b>	Colocarse una vacuna.
<b>Médico especialista en medicina interna</b>	Médico de adultos o niños mayores de 14 años.
<b>Servicios de interpretación o traducción</b>	Ayuda brindada por HSCSN cuando usted necesita hablar con alguien que sepa su idioma o necesita ayuda para hablar con su médico o con el hospital.
<b>Plan de atención administrada (MCP)</b>	Una compañía pagada por el Distrito de Columbia, cuya función es brindarle atención médica y servicios de salud.
<b>Maternidad</b>	Período que comprende el embarazo y un tiempo después del nacimiento.
<b>Salud mental</b>	Manera en que una persona piensa, siente y actúa ante distintas situaciones.
<b>Proveedores de la red</b>	Médicos, enfermeros, dentistas y otras personas que cuidan de su salud y son parte de HSCSN.



<b>Servicios no cubiertos</b>	Atención médica que HSCSN no pagará cuando el proveedor la brinde.
<b>Obstetricia y ginecología</b>	Un obstetra o ginecólogo es un médico capacitado para cuidar la salud de la mujer, incluido el embarazo.
<b>Proveedores fuera de la red</b>	Médicos, enfermeros, dentistas y otras personas que cuidan de su salud, pero que <b>no</b> son parte de HSCSN.
<b>Pediatra</b>	Médico de niños.
<b>Farmacia</b>	Lugar donde elije sus medicamentos.
<b>Plan de incentivo para médicos</b>	Dice si su médico tiene algún acuerdo especial con HSCSN.
<b>Atención posparto</b>	Atención médica para una persona después de haber tenido a su bebé.
<b>Atención prenatal</b>	Atención para una embarazada mientras dure el embarazo.
<b>Receta</b>	Medicación que su médico pide para usted. Debe llevarla a la farmacia para elegir la medicación.
<b>Asesoramiento de prevención</b>	Situación en la que quiere hablar con alguien sobre maneras de ayudar a mantenerse sano o a evitar enfermarse o lastimarse.
<b>Proveedor de atención primaria (PCP)</b>	El médico que lo atiende la mayoría de las veces.
<b>Autorización previa</b>	Permiso escrito de HSCSN para recibir atención médica o tratamientos.
<b>Directorio de proveedores</b>	Una lista de todos los proveedores que son parte de HSCSN.
<b>Proveedores</b>	Médicos, enfermeros, dentistas y otras personas que cuidan de su salud.
<b>Remisión</b>	Situación en la que su médico de cabecera le da una nota por escrito que lo dirige a ver a un médico diferente.
<b>Atención de relevo</b>	Servicios de atención temporal para aliviar al cuidador principal de las actividades de la vida diaria (ADL).
<b>Atención de rutina</b>	La atención habitual que recibe de su proveedor de atención primaria o de un médico al que lo envía su proveedor de atención primaria. La atención de rutina puede ser un control, una evaluación física o de salud, y la atención de rutina de afecciones como la diabetes, el asma y la hipertensión.



<b>Evaluación</b>	Una prueba que su médico u otro proveedor de atención médica hacen para saber si usted está sano. Puede ser una prueba de audición, una prueba de visión o una prueba para ver si su hijo se está desarrollando con normalidad.
<b>Servicios de autorremisión</b>	Ciertos servicios a los que puede acceder sin una nota escrita ni una remisión de su médico principal.
<b>Servicios</b>	Atención que recibe su médico u otro proveedor de atención médica.
<b>Necesidades de atención médica especial</b>	Niños y adultos que necesitan atención médica y otros servicios especiales que en mayor medida o diferentes de lo que otros niños y adultos necesitan.
<b>Especialista</b>	Un médico capacitado para brindar un tipo de atención especial, como un otorrinolaringólogo o un podólogo.
<b>Atención de especialidad</b>	Atención médica provista por médicos o enfermeros capacitados para brindar un tipo de atención específica.
<b>Procedimientos de esterilización</b>	Cirugía que puede hacerse si no quiere tener hijos en el futuro.
<b>Servicios de transporte</b>	Ayuda de HSCSN para que usted llegue a su cita. El tipo de transporte que reciba dependerá de sus necesidades médicas.
<b>Tratamiento</b>	Atención que recibe de su médico.
<b>Atención de urgencia</b>	Atención que necesita dentro de las 24 horas, pero no inmediatamente.
<b>Personas con problemas de visión</b>	Persona que no puede ver bien o está ciega.



**Si necesita más información, visite [www.hscsnhealthplan.org](http://www.hscsnhealthplan.org).  
Si necesita adaptaciones razonables, llame al (202) 467-2737.**

If you do not speak and/or read English, please call 202-467-2737 between 7:00 a.m. and 5:30 p.m. A representative will assist you. **English.**

Si no habla o lee inglés, llame al 202-467-2737 entre las 7:00 a.m. y las 5:30 p.m. Un representante se complacerá en asistirle. **Spanish.**

የአንገሉ ዝንቻ ቋንቋ መናገርና ማንበብ የማይችሉ ከሆነ ከጧቱ 7:00 ሰዓት አስከ ቀኑ 5:30 በኋላው ጊዜ በስልክ ቁጥር 202-467-2737 በመደወል አርዳታ ማግኘት ይቻላል። **Amharic.**

Nếu bạn không nói và/hoặc đọc tiếng Anh, xin gọi 202-467-2737 từ 7 giờ 00 sáng đến 5 giờ 30 chiều. Sẽ có người đại diện giúp bạn. **Vietnamese.**

如果您不能講和/或不能閱讀英語，請在上午 7:00 到下午 5:30 之間給 (202) 467-2737 打電話，我們會有代表幫助您。 **Traditional Chinese.**

영어로 대화를 못하시거나 영어를 읽지 못하는 경우, 오전 7시 00분에서 오후 5시 30분 사이에 (202) 467-2737번으로 전화해 주시기 바랍니다. 담당 직원이 도와드립니다. **Korean.**

Si vous ne parlez pas ou lisez l'anglais, s'il vous plaît appeler 202-467-2737 entre 7:00 du matin et 5:30 du soir. Un représentant vous aidera. **French.**

Kung hindi ka nagsasalita ng Ingles o hindi marunong magbasa ng Ingles, tumawag sa 202-467-2737 mula 7:00 hanggang 17:30. Tutulungan ka ng isang kinatawan. **Tagalog.**

Если вы не говорите по-английски или не читаете по-английски, звоните по номеру 202-467-2737 с 7:00 до 17:30. Представитель поможет вам. **Russian.**

Se você não fala inglês ou lê inglês, ligue para 202-467-2737 entre as 7:00 e 17:30. Um representante irá ajudá-lo. **Portuguese.**

Se non parli inglese o non leggi inglese, chiama 202-467-2737 dalle 7:00 alle 17:30. Un rappresentante ti aiuterà. **Italian.**

আপন যদি ইংরেজী না বলেন বা ইংরেজি না পড়েন, 202-467-2737 কল কর 7:00 থেকে 17:30 পযর | একজন প্রতিনিধ আপনাকে সাহায্য করব। **Bengali.**

Wenn Sie kein Englisch sprechen oder kein Englisch lesen, rufen Sie die Nummer 202-467-2737 von 7:00 bis 17:30 an. Ein Vertreter wird Ihnen helfen. **German.**

หากคุณไม่พูดภาษาอังกฤษหรือไม่อ่านภาษาอังกฤษโทร 202-467-2737 ตั้งแต่ 7:00 ถึง 17:30 น. ตัวแทนจะช่วยเหลือคุณ **Thai.**

英語を話さないか、英語を読まない場合は、7:00～17:30 に202-467-2737に電話してください。担当者がお手伝いします。 **Japanese.**

Ọ bụrụ na ị naghị asụ ma ọ bụ agụ oyibo, biko kpọọ 202-467-2737 ihe dịka oge elekere asaa nke ụtụtụ (7:00 a.m) ruo na elekere ise na ọkara nke mgbede (5:30 p.m). Onye nnochiteanya ga enyere gi aka. **Igbo**

Tí ó bá jẹ pé o kíí sọ pẹlú/àbí ka èdè Gẹ̀ẹ̀sì, jòwọ̀ pe 202-467-2737 láárin aago méje òwúrò sí márún àbò iròlẹ̀ (7am-5:30pm). Aṣojú kan yòò ràn ọ lówó. **Yoruba**











THE HSC HEALTH CARE SYSTEM  
Health Services for Children  
with Special Needs, Inc.

**1101 Vermont Avenue, NW, 12th Floor  
Washington, D.C. 20005**

**3400 Martin Luther King Jr. Avenue SE  
Washington, D.C. 20032**

**(202) 467-2737  
1 (866) 937-4549 (línea gratuita)**



**WE ARE WASHINGTON**  
**DC** GOVERNMENT OF THE  
DISTRICT OF COLUMBIA  
**MURIEL BOWSER, MAYOR**

Este programa es financiado, en parte, por el Departamento de Finanzas para la Atención Médica del Gobierno del Distrito de Columbia.

HSCSN cumple con todas las leyes federales sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo.