

CONSENTIMIENTO PARA EL USO DEL SEGURO DE SALUD

Nombre del niño/a _____ Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) _____ ID de I-TEAMS _____

Nombre del Proveedor de atención médica primaria (PCP)* _____ Núm. de teléfono del PCP* (###) ###-#### _____

Nombre, dirección o cruce de calles de la clínica* _____

Mi Coordinador de Servicio, _____, revisó conmigo [Una Guía Familiar para la Financiación de los Servicios de Intervención Temprana en Arizona \(GCI-1086A-S\)](#), que describe el sistema de pagos del AzEIP.

Iniciales del padre: _____

Estoy de acuerdo en que se proporcionó la siguiente información o apoyo:

- Se me proporcionó una copia o información acerca de cómo acceder a [Una Guía Familiar para la Financiación de los Servicios de Intervención Temprana en Arizona \(GCI-1086A-S\)](#).
- Mi Coordinador de Servicio me informó de los derechos de mi hijo/a y mi familia con AzEIP y me proporcionó una copia o información acerca de cómo acceder a los [Derechos del Menor y la Familia bajo el Programa de Intervención Temprana de Arizona \(AzEIP\), GCI-1070A-S](#).
- Mi Coordinador de Servicio me explicó que si consiento usar mi seguro de salud, no habrá gastos adicionales para mí (no copagos, deducibles, o tarifas) y me ayudará a cubrir los costos de los servicios de intervención temprana para mi hijo/a.
- Entiendo que si rechazo el uso de mi seguro de salud para los servicios de AzEIP, no se le denegarán los servicios de intervención temprana a mi familia.
- Mi Coordinador de Servicio me ha explicado cómo se financian los servicios de intervención temprana en Arizona con las agencias asociadas de AzEIP y me ha explicado los beneficios e impactos de usar mi seguro. No dar el consentimiento para usar mi seguro puede limitar mi acceso a otros servicios proporcionados por esas agencias asociadas.
- Se me explicó que tengo derecho a cambiar de opinión sobre el consentimiento para usar mi seguro en cualquier momento. Sin embargo, si retiro mi consentimiento, esto no afectará a los servicios proporcionados o a la información personal compartida antes de la fecha de mi retiro del consentimiento.
- Si no hay cambios, este consentimiento es válido por un año (12 meses) a partir de la fecha en que firmé el consentimiento.
- Tendré que llenar un nuevo formulario de Consentimiento para el uso del seguro de salud cuando haya algún cambio en mi seguro.
- Se me proporcionó una copia de este formulario de Consentimiento para el uso del seguro de salud completado.

Iniciales del padre: _____

Entiendo mi responsabilidad de:

- Proporcionar una copia de cualquier Explicación de Beneficios (EOB por sus siglas en inglés) o Notificación de Acción (NOA por sus siglas en inglés) que reciba por los servicios del AzEIP para mi hijo/a, a solicitud.
- Informar y entregar cualquier pago que reciba de mi compañía de seguro por los servicios de AzEIP para mi hijo/a a mi proveedor de intervención temprana.
- Ponerme en contacto con mi compañía de seguro si necesito información específica acerca de la cobertura del seguro de mi hijo/a.

Iniciales del padre: _____

Mi selección a continuación indica que acepto o rechazo voluntariamente que los proveedores, contratistas y subcontratistas del AzEIP use mi(s) plan(es) de seguro para pagar los servicios cubiertos de intervención temprana desde la fecha de este consentimiento hasta que se venza o se revoque por escrito.

Si estoy de acuerdo, también doy mi consentimiento para compartir mi información de identificación personal y los registros de intervención temprana con mi seguro de salud.

Nombre del niño/a _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) _____

ID de I-TEAMS _____

Mi decisión para cada tipo de seguro se indica a continuación:

Seguro privado: Consiento Declino N/A - sin plan de seguro privado

Cuenta de ahorros para la salud (HSA por sus siglas en inglés) (*Entiendo que si mi plan de seguro elegido automáticamente usa mi HSA, puede ser facturado por los servicios de AzEIP*):

Consiento Declino N/A - sin plan de HSA

Cuenta de reembolso de gastos médicos (HRA por sus siglas en inglés) (*Entiendo que si mi plan de seguro elegido automáticamente usa mi HRA, puede ser facturado por los servicios de AzEIP*):

Consiento Declino N/A - sin plan de HRA

Seguro público (*Entiendo que se requiere el uso de mi seguro privado antes del uso de mi seguro público*):

Consiento Declino N/A - sin seguro público

Yo no doy mi consentimiento que usen uno o más de mi(s) plan(es) de seguro por la(s) siguiente(s) razón(es) (*completado por el padre o la madre*):

Me gustaría recibir ayuda de mi Coordinador de Servicio para aprender cómo obtener un seguro de salud. Sí No

Firma del padre: _____

Fecha*: _____

TIPO DE SEGURO PRIMARIO* (<i>Si corresponde</i>)		Privado	Público
Nombre de la compañía de seguros o plan de salud*	Tipo de plan (<i>EPO, PPO, HMO, etc.</i>)		
Número de identificación del miembro o de AHCCCS*	Número de teléfono de atención al cliente de seguros		
Número de póliza (<i>si es diferente a la de arriba</i>)	Nombre del miembro (<i>como está escrito en la tarjeta del seguro</i>)		
Nombre del asegurado (<i>si es diferente al nombre del miembro</i>)	Fecha de nacimiento del asegurado		
Empleador del asegurado (<i>si corresponde para la cobertura de grupo</i>)	Número de grupo*		
Reclamaciones al seguro/Número de teléfono del proveedor	Dirección de reclamaciones		
Fecha inicial de la cobertura*	Fecha final de la cobertura (<i>Deje en blanco si no se conoce</i>)		
¿Se ha cumplido el deducible para el año?	Sí	No	No estoy seguro Sin deducible

* Información requerida en la base de datos de AzEIP.

Nombre del niño/a

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

ID de I-TEAMS

TIPO DE SEGURO SECUNDARIO* (Si corresponde)		Privado	HSA	HRA	Público
Nombre de la compañía de seguros o plan de salud*	Tipo de plan (EPO, PPO, HMO, etc.)				
Número de identificación del miembro o de AHCCCS*	Número de teléfono de atención al cliente de seguros				
Número de póliza (si es diferente a la de arriba)	Nombre del miembro (como está escrito en la tarjeta del seguro)				
Nombre del asegurado (si es diferente al nombre del miembro)	Fecha de nacimiento del asegurado				
Empleador del asegurado (si corresponde para la cobertura de grupo)	Número de grupo*				
Reclamaciones al seguro/Número de teléfono del proveedor	Dirección de reclamaciones				
Fecha inicial de la cobertura*	Fecha final de la cobertura (Deje en blanco si no se conoce)				
¿Se ha cumplido el deducible para el año? Sí No No estoy seguro Sin deducible					
TIPO DE SEGURO TERCARIO* (Si corresponde)		Privado	HSA	HRA	Público
Coordinador de Servicio, por favor, póngase en contacto con la Asistencia Técnica de AzEIP para obtener ayuda para ingresar un tercer seguro en la base de datos de AzEIP					
Nombre de la compañía de seguros o plan de salud*	Tipo de plan (EPO, PPO, HMO, etc.)				
Número de identificación del miembro o de AHCCCS*	Número de teléfono de atención al cliente de seguros				
Número de póliza (si es diferente a la de arriba)	Nombre del miembro (como está escrito en la tarjeta del seguro)				
Nombre del asegurado (si es diferente al nombre del miembro)	Fecha de nacimiento del asegurado				
Empleador del asegurado (si corresponde para la cobertura de grupo)	Número de grupo*				
Reclamaciones al seguro/Número de teléfono del proveedor	Dirección de reclamaciones				
Fecha inicial de la cobertura*	Fecha final de la cobertura (Deje en blanco si no se conoce)				
¿Se ha cumplido el deducible para el año? Sí No No estoy seguro Sin deducible					

* Información requerida en la base de datos de AzEIP.

<https://des.az.gov/es/servicios/discapacidades/intervencion-temprana/familias/videos>