

**POR FAVOR LLENE EN LETRA IMPRENTA****INFORMACIÓN DE LA FAMILIA**

1. Apellido del bebé	2. Alias Apellido	3. Sufijo	4. Nombre	5. MI	6. Género M F Desc.	7. Fecha de nac.
8. Apellido de la madre	9. Nombre de la madre		10. MI	11. Hospital actual		

El estado de Arizona ha establecido un Programa perinatal de alto riesgo / Programa de cuidados intensivos para recién nacidos (HRPP/NICP) para proveer un sistema de *Transporte, hospitalización, servicios médicos y de seguimiento* para recién nacidos gravemente enfermos cuyos padres residen en Arizona. Este programa también ayuda a las familias cuando necesitan hacer arreglos para enfrentar los catastróficos costos relacionados con los cuidados intensivos del recién nacidos.

**SOLICITO EL SIGUIENTE NIVEL DE PARTICIPACIÓN:**

- PARTICIPACIÓN COMPLETA (Incluye ayuda financiera)** – Solicito la participación en el Programa perinatal de alto riesgo / Programa de cuidados intensivos para recién nacidos (HRPP/NICP), que puede incluir transporte, cuidados hospitalarios al paciente interno y cuidados de enfermería domiciliarios comunitarios. Estoy solicitando ayuda financiera, en caso de ser necesaria, y entiendo que el HRPP/NICP es el último recurso al que debo acudir para que haga los pagos. Acepto presentar todos los documentos necesarios en nombre de mi(s) hijo(s) con el propósito de hacer los cobros a todos los terceros que deben pagarlos y acepto no quedarme con ningún cobro de algún seguro obtenido por reclamaciones que se hagan para obtener el pago por servicios prestados. **Acepto inscribir a mi bebé en mi plan AHCCCS y/o con terceros, si es elegible, dentro de los (30) días siguientes a la fecha de nacimiento del bebé, y entiendo que no hacerlo resultará en la negación de la ayuda financiera del HRPP/NICP. Acepto llenar los formularios de la hoja financiera del HRPP/NICP y el cuestionario financiero y cumplir con cualquier responsabilidad familiar del HRPP/NICP.**
- PARTICIPACIÓN PARCIAL (No incluye ayuda financiera)** – Solicito la participación en el Programa perinatal de alto riesgo / Programa de cuidados intensivos para recién nacidos (HRPP/NICP) que puede incluir transporte, cuidados hospitalarios al paciente interno, cuidados de enfermería domiciliarios comunitarios y seguimiento del desarrollo, pero *no* deseo solicitar o recibir ayuda financiera. *Seré responsable por todos los costos incurridos de transporte, hospitalarios y médicos. Entiendo que puedo solicitar un cambio en mi nivel de participación durante los primeros (30) días después del nacimiento de mi hijo(a).*
- PARTICIPACIÓN PARCIAL / INSCRIPCIÓN TARDÍA (No incluye ayuda financiera)** – Solicito la participación en el seguimiento que provee el Programa perinatal de alto riesgo / Programa de cuidados intensivos para recién nacidos (cuidados de enfermería domiciliarios comunitarios y seguimiento del desarrollo). Vivo en el estado de Arizona y mi hijo cumple con los criterios de elegibilidad del HRPP/NICP.

**Razón:**  Inicialmente el padre/madre se negó a participar  El hospital que hace la inscripción nunca ofreció el programa  
 Hermano de un bebé elegible  Unidad de cuidados intensivos para recién nacidos por fuera del estado.

**Autorizo la divulgación de cualquier información médica, social o financiera necesaria – que conserve cualquier institución o individuo que le haya provisto a mi(s) hijo(s) servicios para recién nacidos – al Departamento de Servicios de Salud de Arizona o a sus proveedores contratados para propósitos relacionados con el manejo de la calidad de los proveedores.**

Firma del padre/madre / Tutor / Parte responsable que solicita participación completa o parcial

Fecha

**CERTIFICO QUE ESTE MENOR CUMPLE CON LOS CRITERIOS DE INSCRIPCIÓN DEL NICP**

Firma del representante autorizado del hospital/seguimiento

Fecha

Distribución que debe hacer el contratante que hace la inscripción: *Original a la ADH**Amarilla a la CHN**Rosada a la familia**Copia para el seguimiento del desarrollo*