



**Programa Integral de
Atención Médica y Dental**

Manual del afiliado 2017-2018

*“Prestamos servicios a los menores de Arizona que
se encuentran en hogares de crianza sustitutos”*



*Departamento de Seguridad Infantil
de Arizona*





¿Qué es el CMDP?

El Programa Integral de Atención Médica y Dental (Comprehensive Medical and Dental Program, CMDP) se creó en 1970 y es un plan de salud para los menores de Arizona que se encuentran en hogares de crianza sustitutos. La afiliación se basa en las normas y leyes del estado. El CMDP paga los servicios de atención médica de los menores que se colocan en hogares dentro y fuera de Arizona.

La mayoría de los afiliados al CMDP son elegibles para recibir los servicios médicos cubiertos y financiados en virtud de un contrato con el Sistema de Contención de Costos de la Atención Médica en Arizona (Arizona Health Care Cost Containment System, AHCCCS). El AHCCCS incluye los programas de Medicaid y KidsCare de Arizona. El CMDP se convierte en el AHCCCS y el plan de salud KidsCare para sus afiliados. El CMDP les brinda los mismos servicios a todos los afiliados, sin importar el estado de elegibilidad con respecto al AHCCCS.

Manual del afiliado

En el Manual del afiliado del CMDP se explica cómo obtener los servicios de atención médica. Además, le indica qué hacer en caso de que tenga una emergencia u otro problema. Este manual está destinado a los encargados del cuidado. Está impreso en inglés y en español. Si lo necesita en otro idioma o en otro formato, llámenos. Puede comunicarse con Servicios para el Afiliado de CMDP (CMDP Member Services) por correo electrónico (CMDPMemberServices@azdcs.gov) o por teléfono llamando al 602-351-2245 o al 1-800-201-1795, opción 3-1.

Programa/Empleador que ofrece igualdad de oportunidades • De conformidad con los Títulos VI y VII de la Ley de Derechos Civiles (Civil Rights Act) de 1964 (Títulos VI y VII), la Ley para Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (Americans with Disabilities Act, ADA), la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación (Rehabilitation Act) de 1973, la Ley de Discriminación por Edad (Age Discrimination Act) de 1975 y el Título II de la Ley de No Discriminación por Información Genética (Genetic Information Nondiscrimination Act, GINA) de 2008, el Departamento prohíbe la discriminación en admisiones, programas, servicios, actividades o empleo por razones de raza, color de la piel, religión, sexo, nacionalidad, edad, discapacidad, genética y represalia. El Departamento debe realizar una adaptación razonable para permitir que una persona con una discapacidad participe en un programa, servicio o actividad. Por ejemplo, esto significa que, de ser necesario, el Departamento debe ofrecer el servicio de intérpretes de lenguaje de señas para las personas sordas, una ubicación accesible para sillas de ruedas o materiales impresos con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable, incluso realizar cambios razonables en una actividad, que le permita a usted participar en un programa o actividad y entenderlos. Si cree que no podrá entender un programa o una actividad, o participar en estos debido a su discapacidad, infórmenos sobre las necesidades relativas a su discapacidad por adelantado, de ser posible. Para solicitar este documento en un formato alternativo o para obtener más información sobre esta política, comuníquese con la oficina del Programa Integral de Atención Médica y Dental (CMDP) llamando al 602-351-2245; servicios TTY/TDD: 7- 1-1. • Si lo solicita, tiene a disposición asistencia gratuita con el idioma para los servicios del DES.



Índice

DIRECTORIO DE COMUNICACIONES E INSTRUCCIONES DEL CMDP	1
Directorio de teléfonos/faxes/correos electrónicos del CMDP	1
Información por fax o correo electrónico	1
Información telefónica	2
ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN	3
CONFIDENCIALIDAD DEL AFILIADO Y AVISO DE LA LEY HIPAA	3
CUMPLIMIENTO CORPORATIVO	4
Línea directa de cumplimiento corporativo	4
SERVICIOS DE PROVEEDORES	5
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN INFANTIL (CRS)	5
SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL	7
ATENCIÓN FUERA DEL HORARIO HABITUAL (ATENCIÓN URGENTE)	8
SERVICIOS PARA CRISIS DE SALUD CONDUCTUAL	8
Números de teléfonos de la RBHA para casos de crisis	8
SERVICIOS CULTURALES Y DE IDIOMAS	9
HOGAR MÉDICO	10
HOGAR DENTAL	10
INFORMACIÓN DEL AFILIADO	11
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO	11
SERVICIOS PARA EL AFILIADO	12
RESPONSABILIDADES DE LOS AFILIADOS Y DE LOS ENCARGADOS DEL CUIDADO	13
MUDANZAS FUERA DEL ÁREA DE SERVICIO	14
ABANDONO DEL HOGAR DE CRIANZA SUSTITUTO	14
CONSULTAS MÉDICAS Y DENTALES	15
TRANSPORTE DE EMERGENCIA	16
TRANSPORTE EN CASOS NECESARIOS DESDE EL PUNTO DE VISTA MÉDICO QUE NO SON DE EMERGENCIA	16
SERVICIOS CUBIERTOS	16
COBERTURA DE SALUD CONDUCTUAL DEL CMDP	17
COBERTURA DE SALUD CONDUCTUAL DE SERVICIOS DE REHABILITACIÓN INFANTIL (CRS)	17
Líneas de crisis de los CRS en los condados	18
INFORMACIÓN DE SALUD CONDUCTUAL Y PRIVACIDAD	18
ATENCIÓN URGENTE	18
ATENCIÓN DE EMERGENCIA	19
ROPA INTERIOR PARA INCONTINENCIA	19
SERVICIOS QUE EL CMDP NO CUBRE NI PAGA	20
SERVICIOS QUE NO PUEDEN AUTORIZAR LOS ENCARGADOS DE LA CRIANZA SUSTITUTA	20
SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA AL FINAL DE LA VIDA	21
CONSULTA CON UN ESPECIALISTA Y OTROS PROVEEDORES	21
AFILIADOS INDÍGENAS ESTADOUNIDENSES	21
ELECCIÓN DE UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP) Y UN PROVEEDOR DENTAL PRIMARIO (PDP)	21
RAZONES PARA TENER UN PCP Y UN PDP	22
Cambio de PCP/PDP	22
Solicitud de una consulta	22
Cancelación o cambio de una consulta	23
Mantenimiento de un buen estado de salud	23



SERVICIOS PREVENTIVOS DE SALUD INFANTIL O PROGRAMA DE EVALUACIÓN PERIÓDICA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO TEMPRANOS (EPSDT).....	23
PROGRAMA DE PERIODICIDAD DE EPSDT	26
CALENDARIOS DE VACUNACIÓN RECOMENDADOS	28
¿CUÁNDO NECESITAN VACUNARSE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES?	28
SERVICIOS DE ATENCIÓN POR MATERNIDAD	29
COORDINADORES DE SALUD MATERNA	29
ATENCIÓN PARA LAS MUJERES	30
PLANIFICACIÓN FAMILIAR.....	30
INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO NECESARIA DESDE EL PUNTO DE VISTA MÉDICO	31
RECIÉN NACIDOS EXPUESTOS A SUSTANCIAS (SEN)	32
Lo que puede esperar al cuidar de un SEN	32
Síntomas comunes y planes de atención sugeridos.....	32
SEGURIDAD PARA EL BEBÉ MIENTRAS DUERME.....	33
ATENCIÓN DENTAL	33
PROGRAMA DE PERIODICIDAD DE ATENCIÓN DENTAL.....	35
ATENCIÓN OFTALMOLÓGICA	35
PROGRAMA DE PERIODICIDAD DE ATENCIÓN OFTALMOLÓGICA	36
RECETAS.....	36
COBERTURA DE MEDICAMENTOS DE MEDICARE PARA BARBITÚRICOS Y BENZODIACEPINAS.....	37
COBERTURA DE SALUD CONDUCTUAL A TRAVÉS DE UNA AUTORIDAD REGIONAL DE SALUD CONDUCTUAL (RBHA)	38
CLÍNICA INTERDISCIPLINARIA DE MULTIESPECIALIDADES (MSIC)	41
AUTORIZACIÓN PREVIA (PA)	42
COPAGOS	42
Personas con copagos opcionales (no obligatorios).....	44
Personas con copagos requeridos (obligatorios).....	45
Límite del 5 % en todos los copagos.....	45
¿DEBEN PAGAR ALGO LOS ENCARGADOS DEL CUIDADO?	46
OTRO SEGURO.....	46
ELEGIBILIDAD DOBLE	47
QUEJAS Y APELACIONES.....	47
QUEJAS RELATIVAS A LA SALUD CONDUCTUAL.....	49
DERECHOS DEL AFILIADO	50
FRAUDE, DESPILFARRO Y ABUSO.....	53
SERVICIOS COMUNITARIOS	54
Dejar de fumar	54
WIC.....	54
Head Start	54
AzEIP.....	54
Otros enlaces útiles	55
Defensores de los afiliados del CMDP	55
DEFINICIONES RELATIVAS A LA ATENCIÓN ADMINISTRADA.....	55
DEFINICIONES RELATIVAS A LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN POR MATERNIDAD	58
ANEXO 1: VACUNAS RECOMENDADAS EN 2017 PARA NIÑOS DESDE EL NACIMIENTO HASTA LOS 6 AÑOS DE EDAD.....	60
ANEXO 2: VACUNAS RECOMENDADAS EN 2017 PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 7 A 18 AÑOS DE EDAD	62
ANEXO 3: CALENDARIO DE VACUNACIÓN RECOMENDADO PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES HASTA LOS 18 AÑOS DE EDAD.....	64



DIRECTORIO DE COMUNICACIONES E INSTRUCCIONES DEL CMDP

Dirección postal del CMDP	DCS/CMDP Site Code C010-18 P.O. Box 29202 Phoenix, AZ 85038-9202
Sitio web del CMDP	dcs.az.gov/cmdp

Directorio de teléfonos/faxes/correos electrónicos del CMDP

Números de teléfono del CMDP	
Local	(602) 351-2245
Llamada sin costo	1 (800) 201-1795
Quejas	(602) 351-2245
Administración	(602) 255-3551

Los representantes de los servicios del CMDP están disponibles para ayudarle de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información, visite el sitio web del CMDP en la dirección indicada.

Información por fax o correo electrónico:

Las preguntas relacionadas con reclamos, servicios de proveedores, salud conductual, servicios médicos y servicios para el afiliado del CMDP pueden enviarse por fax, correo electrónico o teléfono. A continuación se indican los números de fax y la dirección de correo electrónico:

Números de fax del CMDP	
Servicios de proveedores/Servicios para el afiliado	(602) 264-3801
Servicios médicos	(602) 351-8529
Reclamos	(602) 265-2297
Administración	(602) 235-9146

Correos electrónicos de contacto del CMDP	
Reclamos	CMDPClaimsStatus@azdcs.gov
Servicios de proveedores	CMDPProviderServices@azdcs.gov
Salud conductual	CMDPBHC@azdcs.gov
Servicios médicos	CMDPNurse@azdcs.gov
Servicios para el afiliado	CMDPMemberServices@azdcs.gov



Información telefónica:

Las llamadas telefónicas se responden en el orden en que se reciben. Escuche con atención las instrucciones y elija la opción que mejor se ajuste a sus preguntas. Las llamadas pueden ser monitoreadas con fines de capacitación. Los siguientes cuadros le ayudarán a comunicarse con el representante de servicios que se ajuste mejor a sus necesidades; sin embargo, las opciones pueden variar, ya que el CMDP se esmera por servirle de la mejor manera posible.

SELECCIÓN DE IDIOMAS	
Idioma	Opción
Inglés	Presione 1
Español	Presione 2
Traducciones que no sean al español	Presione 3

OPCIONES DE SELECCIÓN	
Servicios de farmacia	Presione 5
Proveedor	Presione 2
Afiliado, encargado del cuidado o administrador de casos	Presione 3
Para hablar con un representante	Marque la extensión
Operador	Presione 0

Si seleccionó la opción 3 de las opciones de arriba, recibirá la indicación de seleccionar una de las siguientes:

AFILIADO, ENCARGADO DEL CUIDADO O ADMINISTRADOR DE CASOS	
Elegibilidad (incluye preguntas sobre las tarjetas de identificación, el afiliado)	Presione 1
Preguntas sobre salud conductual	Presione 2
Preguntas sobre proveedores	Presione 3
Preguntas médicas	Presione 4
Preguntas sobre reclamos	Presione 5



ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN

Los menores son elegibles para recibir los servicios del CMDP cuando los asignan a un hogar de crianza sustituto. No tienen que ser elegibles para el AHCCCS ni para el programa KidsCare. Los organismos que asignan a los menores a los hogares de crianza sustitutos son los siguientes:

- Departamento de Seguridad Infantil (Department of Child Safety, DCS) de Arizona
- Departamento de Correcciones Juveniles de Arizona (Arizona Department of Juvenile Corrections, ADJC)
- Oficina Administrativa de los Tribunales/Oficina de Libertad Condicional Juvenil (Administrative Office of the Court/Juvenile Probation Office, AOC/JPO)

Los organismos que asignan a los menores a los hogares de crianza sustitutos los inscriben en el CMDP.

Cuando el DCS asigna a un menor a un hogar de crianza sustituto, el encargado de la crianza sustituta debe recibir un **formulario de Aviso al proveedor (de Crianza sustituta, Educativo y Médico)**. Este formulario es parte de la documentación de la asignación del menor. Tiene el número de identificación (id.) del afiliado del CMDP y se usa como tarjeta de identificación temporal.

El número de identificación del afiliado debe tener 9 dígitos en total. Si el número de identificación del afiliado que se incluye en el formulario de Aviso al proveedor no tiene 9 dígitos, agregue ceros antes del número de identificación provisto hasta que tenga 9 dígitos en total. Por ejemplo, el número de identificación es 123456 (no tiene 9 dígitos). Agregue 000 al 123456 para obtener 000123456 (9 dígitos). Este es el número de identificación del afiliado del CMDP.

Presente el formulario de Aviso al proveedor ante los proveedores de atención médica y las farmacias o proporcióneles el número de identificación del afiliado del CMDP. Use este formulario hasta que el especialista en seguridad infantil del afiliado le entregue una tarjeta de identificación permanente.

Si no recibe un número de identificación, envíe un correo electrónico (CMDPMemberServices@azdcs.gov) o llame a Servicios para el Afiliado del CMDP al (602) 351-2245 o al número de llamada sin costo, 1-800-201-1795, para obtener ayuda.

CONFIDENCIALIDAD DEL AFILIADO Y AVISO DE LA LEY HIPAA

La privacidad de la información médica de nuestros afiliados es muy importante para el CMDP. Deseamos mantener la privacidad y confidencialidad de su información. Por ejemplo, el CMDP verifica la identidad de todas las personas que llaman antes de proporcionar cualquier información. Nuestro personal de Servicios para el Afiliado solo proporcionará información al tutor legal del afiliado (representante del organismo que tiene la custodia), al encargado del cuidado del afiliado y al afiliado. Cualquier otra persona que solicite información se remitirá al tutor legal del afiliado para obtener ayuda adicional. La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) afecta la atención médica de varias maneras. El CMDP tiene la obligación de adoptar medidas de seguridad para proteger la información médica de los afiliados. Esto se aplica a todos los proveedores de atención médica y a otros interesados.



La información médica protegida (Protected Health Information, PHI) del afiliado se puede usar por motivos de tratamiento, pago y operaciones del plan de salud, en la medida de lo permitido por la ley. El afiliado o el tutor legal debe dar la aprobación por escrito para cualquier uso de la PHI que no sea con fines de atención médica.

El CMDP proporciona un aviso sobre los derechos y las responsabilidades de los afiliados con respecto al uso, la divulgación y el acceso a la PHI. Se llama “Aviso de prácticas de privacidad” (Notice of Privacy Practices, NPP). El NPP se envía a los tutores legales de los afiliados del CMDP. Esta también está incluida en la documentación para los afiliados nuevos. Cualquier persona puede solicitar el NPP llamando al **funcionario de Privacidad** del CMDP o puede descargarlo de dcs.az.gov/sites/default/files/media/DCS-1039A.doc.

El **funcionario de Privacidad** del CMDP explica lo que es el NPP y responde las preguntas sobre la Ley HIPAA. Llame al 602-351-2245 o al 1-800-201-1795 y pida hablar con el funcionario de Privacidad.

CUMPLIMIENTO CORPORATIVO

El Programa de Cumplimiento Corporativo (Corporate Compliance Program) define la conducta legal y ética que deben exhibir los empleados del CMDP. El Código de Conducta del CMDP no prevé todas las situaciones ni es un sustituto del sentido común, el criterio y la integridad personal. Cada empleado del CMDP tiene la obligación de seguir estos principios:

- Respetar los derechos, la dignidad y la diversidad de cada persona.
- Mantener los niveles adecuados de confidencialidad de la información y de los documentos.
- Cumplir con todas las leyes pertinentes.
- Tratar los asuntos del CMDP de acuerdo con los más elevados estándares de ética.
- Asegurar el pago adecuado de los servicios.
- Evitar los conflictos de interés.
- Proporcionar un ambiente de trabajo seguro.
- Proporcionarles oportunidades iguales a todos los empleados.
- Promover la comunicación abierta.
- Llevar a cabo todas las actividades empresariales con honestidad e integridad.

Línea directa de cumplimiento corporativo

La Línea Directa de Cumplimiento Corporativo del CMDP es el buzón de voz confidencial del funcionario de Cumplimiento del CMDP. Está disponible las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Cualquier persona puede utilizar este recurso para denunciar, de buena fe, cualquier asunto que involucre a los empleados del CMDP en posibles actividades de fraude, prácticas poco éticas, ilegales o inaceptables, o incumplimientos normativos. Puede comunicarse con la Línea Directa de Cumplimiento llamando al 602-771-3555.



Todas las llamadas son confidenciales en la medida de lo permitido por la ley. Si bien se le recomienda a la persona que llama que se identifique, se puede hacer una denuncia anónima. El funcionario de Cumplimiento del CMDP investigará todas las denuncias de conducta inadecuada y tomará medidas de manera equitativa y congruente. Para presentar una denuncia, puede llamar al CMDP al 602-351-2245 o al 1-800-201-1795 y pedir que lo comuniquen con el funcionario de Cumplimiento Corporativo.

SERVICIOS DE PROVEEDORES

El personal de la Unidad de Servicios de Proveedores trabaja con los proveedores de atención médica, registra a los proveedores de AHCCCS y CMDP y trabaja para resolver los problemas relacionados con los proveedores. La Unidad de Servicios de Proveedores trabaja con el área Servicios para el Afiliado con el fin de facilitarle los nombres y las ubicaciones de los proveedores registrados. Los afiliados y los encargados del cuidado también pueden comunicarse directamente con Servicios de Proveedores a fin de obtener ayuda para encontrar proveedores de atención médica.

SERVICIOS DE REHABILITACIÓN INFANTIL (CRS)

Si tiene conocimiento de que un afiliado padece de una posible afección que requiere servicios de rehabilitación infantil (Children's Rehabilitative Services, CRS), el CMDP completará la solicitud de CRS con el especialista en seguridad infantil. Los CRS proporcionarán la evaluación y el tratamiento para la afección que padezca el afiliado y que requiera de esos servicios. El afiliado continuará recibiendo todos los demás servicios de atención médica a través del CMDP.

El afiliado de los CRS puede ser asignado a una Clínica Interdisciplinaria de Multiespecialidades (Multi-Specialty Interdisciplinary Clinic, MSIC). Las MSIC son centros o grupos de proveedores donde los médicos y otros proveedores se reúnen con los afiliados de los CRS y los encargados del cuidado. Esto ayuda a los médicos, proveedores, encargados del cuidado y afiliados a trabajar juntos para coordinar toda la atención del afiliado en un solo lugar y, a veces, en la misma consulta.

Los servicios que ofrecen las MSIC incluyen atención primaria, atención especializada y servicios de salud conductual. El CMDP puede asignar al afiliado a una de estas clínicas para satisfacer mejor sus necesidades de atención médica.

Para programar, cambiar o cancelar una consulta del afiliado en las MSIC, comuníquese con la clínica o el proveedor de CRS de su región.



A continuación, se detallan las MSIC y los servicios que ofrecen:

<i>Región metropolitana de Phoenix</i>	
DMG Children’s Rehabilitative Services <ul style="list-style-type: none"> • Atención especializada de CRS • Nuevos servicios de atención primaria • Servicios ampliados de salud conductual 	DMG Children’s Rehabilitative Services 3141 N 3rd Avenue Phoenix, AZ 85013 602-914-1520 1-855-598-1871 www.dmgcrs.org
<i>Región del sur</i>	
Children’s Clinics for Rehabilitative Services <ul style="list-style-type: none"> • Atención especializada de CRS • Servicios de atención primaria • Servicios ampliados de salud conductual 	Children’s Clinics Square & Compass Building 2600 North Wyatt Drive Tucson, AZ 85712 520-324-5437 1-800-231-8261 www.childrensclinics.org
<i>Región del norte</i>	
Servicios de Rehabilitación Infantil en Flagstaff Regional Medical Center <ul style="list-style-type: none"> • Atención especializada de CRS 	Children’s Rehabilitative Services 1200 North Beaver Flagstaff, AZ 86001 928-773-2054 1-800-232-1018 www.flagstaffmedicalcenter.com
<i>Región sudoeste</i>	
Servicios de Rehabilitación Infantil Tuscany Medical Plaza Clínica de CRS de Yuma <ul style="list-style-type: none"> • Atención especializada de CRS 	Children’s Rehabilitative Services Tuscany Medical Plaza 2851 S Avenue B, Suite 25 Yuma, AZ 85364 928-336-7095 1-800-837-7309 www.yumaregional.org

Los afiliados que cuentan con un seguro primario privado no están obligados a usar los CRS para obtener sus servicios de atención médica. Los afiliados que no cuentan con un seguro primario privado y deciden no inscribirse y recibir servicios cubiertos de CRS pueden recibir una factura del proveedor que preste un servicio cubierto de CRS no autorizado. El CMDP solo será responsable de pagar los deducibles y copagos.

Para obtener ayuda, comuníquese con el coordinador de Atención Médica del CMDP llamando al (602) 351-2245 o al 1-800-201-1795, opción 3-4.



SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL

Las afecciones de salud conductual son los problemas de salud más comunes constatados en los menores que viven en hogares de crianza sustitutos. Si estos problemas no se tratan, pueden surgir complicaciones con las colocaciones. También se pueden convertir en problemas conductuales crónicos. Los afiliados reciben su cobertura de salud conductual a través de Servicios de Rehabilitación Infantil (CRS), del CMDP o de una Autoridad Regional de Salud Conductual (Regional Behavioral Health Authority, RBHA) contratada por el AHCCCS.

Los servicios de salud conductual incluyen, entre otros, los siguientes:

- Control de la conducta (asistencia personal de salud conductual, apoyo familiar, capacitación para atención en el hogar, autoayuda, apoyo de pares).
- Servicios de gestión de casos de salud conductual (limitados).
- Servicios de enfermería de salud conductual.
- Centros residenciales de salud conductual (Behavioral Health Residential Facilities, BHRF), que antes se conocían como Hogares Terapéuticos para Grupos (Therapeutic Group Homes, TGH).
- Servicios de atención médica en el hogar terapéutico de salud conductual (Health Therapeutic Home Care, HCTC); algunas veces llamados “cuidados temporales terapéuticos”.
- Atención de salud conductual de emergencia.
- Transporte en casos de emergencia y en casos que no son de emergencia.
- Evaluación y valoración.
- Terapia y asesoramiento individual, grupal y familiar.
- Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados.
- Centros psiquiátricos no hospitalarios para pacientes internados (Centros de Salud Conductual para Pacientes Internados [Behavioral Health Inpatient Facilities, BHIF], que anteriormente se conocían como Centros de Tratamiento Residencial [Residential Treatment Centers, RTC]).
- Servicios de laboratorio y radiología para la regulación de medicamentos psicotrópicos y el diagnóstico.
- Tratamiento con agonistas opioides.
- Cuidado parcial (programa diurno supervisado, programa diurno terapéutico y programa médico diurno).
- Rehabilitación psicosocial (capacitación en las habilidades cotidianas, promoción de la salud, servicios de apoyo para la búsqueda de empleo).
- Medicamentos psicotrópicos.
- Ajuste y supervisión de medicamentos psicotrópicos.
- Atención de relevo.
- Servicios de organismos de transición para el abuso de sustancias en entornos rurales.
- Pruebas de detección de salud conductual.

Un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) puede tratar a los afiliados que presenten trastornos de depresión, ansiedad y trastorno por déficit de atención e hiperactividad. El PCP puede recetar medicamentos y realizar visitas para supervisar la toma de los medicamentos. Siempre se



recomienda la derivación a un especialista en salud conductual para los menores que estén en hogares de crianza sustitutos, y esto es especialmente importante para los niños menores de seis años de edad. La mejor práctica es que un profesional médico de salud conductual, como un psiquiatra, evalúe, valore y supervise las necesidades de salud conductual de los menores que estén en hogares de crianza sustitutos.

ATENCIÓN FUERA DEL HORARIO HABITUAL (ATENCIÓN URGENTE)

Las citas urgentes son aquellas a las que el paciente necesita asistir con rapidez, pero cuando este no se encuentra en peligro inmediato. Por ejemplo: para el resurtido de medicamentos, por un dolor de garganta o un resfrío, por una erupción o un dolor de cabeza.

Pregúntele a su PCP o CMDP a qué centros de atención urgente o salas de emergencia debe acudir después del horario habitual de atención. **Siempre llame al PCP antes ir a la sala de urgencias o de emergencias, a menos que se trate de una emergencia que ponga en peligro su vida.**

Para saber a qué centros aprobados puede acudir, puede buscar en el Directorio de Proveedores o llamar a Servicios para el Afiliado. Informe al PCP y al DCS cuando un afiliado deba acudir a la sala de emergencias. Es importante que lo sepan.

SERVICIOS PARA CRISIS DE SALUD CONDUCTUAL

En caso de crisis, marque **9-1-1** para llamar a los servicios de emergencia para crisis.

Línea de la RBHA en su área. Si se trata de una emergencia que pone en peligro la vida, llame al **9-1-1**.

Números de teléfonos de la RBHA para casos de crisis

- Mercy Maricopa 1-800-631-1314
- Cenpatico Integrated Care 1-866-495-6735
- Health Choice Integrated Care 1-877-756-4090



Servicios en caso de crisis para niños en cuidado temporal, familiar y adoptivo

SI SU HIJO TIENE UNA CRISIS, NO ESPERE. LLAME A LA LÍNEA DE AYUDA PARA CRISIS DE SALUD CONDUCTUAL

Condado de Maricopa y Pinal Códigos postales 85120, 85140, 85143, 85220, 85240, 85243	1-800-631-1314
Condados de Cochise, Graham, Greenlee, La Paz, Pima, Pinal, Santa Cruz y Yuma	1 -866-495-6735
Condados de Apache, Coconino, Gila, Mohave, Navajo y Yavapai	1 -877-756-4090

Una crisis es una situación en la cual la conducta de una persona la pone en peligro de lastimarse o de herir a los demás, y la persona no puede resolver la situación con las habilidades y los recursos que tiene a su disposición.

Ante una emergencia de salud conductual, comuníquese con su proveedor (si lo tiene) o llame a la Línea de ayuda para crisis de salud conductual las 24 horas. La Línea de ayuda para crisis es gratuita. Funciona las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

La Línea de ayuda para crisis puede ponerlo en contacto con los servicios de ayuda en el hogar en un plazo de 2 horas en la mayor parte de Arizona

Los servicios de la Línea de ayuda para crisis incluyen: envío de un equipo móvil, servicios de estabilización por teléfono, evaluación de respuesta rápida (para niños en custodia del DCS) y transferencias en vivo con los representantes de los planes de salud conductual.

Si el equipo de crisis móvil no responde en dos horas, llame a la Línea de ayuda para crisis y a su plan de salud conductual.



ANTE UNA SITUACIÓN QUE PUEDA PONER EN PELIGRO LA VIDA, SIEMPRE LLAME AL 911.

PLANES DE SALUD CONDUCTUAL	
Mercy Maricopa Integrated Care	Cenpatico Integrated Care
Intermediario infantil: 480-751-8471	Intermediario infantil: 520-809-6432
Servicios para el afiliado: 1-800-564-5465	Servicios para el afiliado: 1-844-365-3144
DCS@mercymaricopa.org	DCS@cenpatico.com
Health Choice Integrated Care	United Healthcare Community Plan CRS
Intermediario infantil: 928-214-2370	Intermediario infantil: 602-255-1692
Servicios para el afiliado: 1-800-640-2123	Servicios para el afiliado: 1-800-348-4058
DCS@iasishealthcare.com	CRS_specialneeds@uhc.com
PLAN DE SALUD FÍSICA	
<u>Programa Integral de Atención Médica y Dental</u>	
Servicios para el Afiliado: 602-351-2245 o 1-800-201-1795	
CMDPMemberServices@azdes.gov	
Servicio de atención al cliente del AHCCCS: 602-364-4558 o 1-800-867-5808 o DCS@azahcccs.gov	

Revisado el 18/4/2017

Todos los afiliados deben acudir a la RBHA para someterse a una evaluación inicial. Existe una Respuesta Urgente especial de la RBHA para los afiliados del CMDP. La mayoría de los afiliados del CMDP son evaluados por la RBHA en el momento en que ingresan al hogar de crianza sustituto. El CMDP cubre el transporte para asistir a la primera Evaluación de la Ingesta en la Evaluación de Salud Conductual, si el encargado del cuidado, el DCS o el representante de justicia juvenil no puede proveerlo.

SERVICIOS CULTURALES Y DE IDIOMAS

El objetivo del CMDP es ayudar a los afiliados de todas las culturas y todos los idiomas a que reciban los servicios de atención médica más adecuados para ellos.

Si no habla inglés, podemos ayudarlo. Queremos enseñarle cómo usar su seguro de salud. Si necesita información en otro idioma, llame a Servicios para el Afiliado. Utilizaremos nuestro servicio de traducción para hablar con usted en su idioma.

También podemos otorgarle información sobre el CMDP en otro idioma o formato. Si los solicita, tiene a disposición materiales y servicios de apoyo.

Estos son servicios o dispositivos que les permiten a las personas con impedimentos sensoriales, manuales o del habla tener igualdad de oportunidades para participar en programas y actividades llevados a cabo por el CMDP y aprovechar los beneficios que este ofrece. Por ejemplo, los materiales de apoyo útiles para personas con problemas de la vista incluyen lectores, materiales escritos en Braille, grabaciones de audio y otros servicios y dispositivos similares. Los materiales de apoyo útiles para personas con problemas de audición incluyen amplificadores para auriculares de teléfono, teléfonos compatibles con audífonos, dispositivos de telecomunicaciones para sordos (telecommunication devices for deaf persons, TDD), intérpretes, taquígrafos, materiales escritos y otros servicios y dispositivos similares.

También utilizamos el lenguaje de señas estadounidense para ayudar a los afiliados y encargados del cuidado a comunicarse con los proveedores de atención médica.

Podemos ayudarlo a encontrar proveedores de atención médica con fortalezas culturales o idiomáticas específicas. Llame a Servicios para el Afiliado del CMDP si necesita lo siguiente:



- Un proveedor de atención médica con características específicas en cuanto a idioma, sexo, grupo étnico, área geográfica o especialización médica.
- Servicios de atención médica acorde a las creencias culturales o religiosas del afiliado.
- Servicio de traducción para las consultas médicas cuando no haya disponible un proveedor del idioma específico.
- Servicios de interpretación oral o para afiliados con problemas de audición.
- Información de atención médica escrita en otro idioma.
- Información de atención médica en un formato alternativo para personas con problemas de la vista.
- Información para identificar las oficinas de los proveedores de la red que se adaptan a los afiliados con discapacidades físicas.

Si desea acceder a cualquiera de estos servicios u obtener un directorio de proveedores, comuníquese con Servicios para el Afiliado del CMDP por correo electrónico (CMDPMemberServices@azdc.gov) o por teléfono llamando al 602-351-2245 o al 1-800-201-1795, opción 3-1.

Los materiales para afiliados y los servicios culturales/idiomáticos están disponibles sin costo para el encargado del cuidado o el afiliado.

HOGAR MÉDICO

A pesar de los cambios a los que se enfrentan los menores debido a la naturaleza temporal de la crianza en el hogar sustituto y a las distintas necesidades individuales según los tipos de hogar, el CMDP hace lo posible por establecer un verdadero *hogar médico* para cada menor durante el período de crianza sustituta. El hogar médico es un centro en el cual se presta atención de acuerdo con los requisitos del programa de Evaluación Periódica, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos (Early Periodic Screening, Diagnostic and Treatment, EPSDT) y de una manera accesible, continua, integral, coordinada, humanitaria y culturalmente eficaz.

Los proveedores de atención primaria (PCP) del CMDP desempeñan una función vital en el establecimiento del hogar médico del afiliado y se aseguran de que este reciba las evaluaciones de EPSDT requeridas y otros servicios necesarios desde el punto de vista médico.

Las áreas Servicios de Proveedores, Servicios para el Afiliado y Servicios Médicos trabajan en conjunto para supervisar la capacidad que tiene un proveedor de brindarles atención a los afiliados que posean un dominio limitado del idioma inglés y con necesidades médicas, de salud conductual, sociales y culturales especiales.

HOGAR DENTAL

La Academia Estadounidense de Odontología Pediátrica (American Academy of Pediatric Dentistry, AAPD) y la Asociación Dental Estadounidense (American Dental Association, ADA) apoyan el concepto del “hogar dental”, que es **la relación continua entre el dentista, que es el proveedor de atención dental primaria (Primary Dental Provider, PDP), y el paciente, e incluye una atención integral de la salud bucal, la cual comienza antes de que el niño cumpla un año de edad.**

Al seleccionar un PDP, se establece un hogar dental. Esto significa que un **dentista con licencia maneja la atención de la salud bucal de un menor, de una manera integral, continuamente accesible, coordinada y centrada en la familia.** El concepto del hogar dental refleja las políticas y los mejores



principios de la AAPD y la ADA para la prestación adecuada de atención para la salud bucal, con énfasis en el inicio de estrategias preventivas durante la infancia. El examen de salud bucal para un bebé es sencillo, fácil y eficaz.

El hogar dental mejora la capacidad del PDP de brindar una atención óptima para la salud bucal, que comienza desde la consulta dental al año de edad, para lograr una atención preventiva y un tratamiento exitosos que sean la base de la atención para la salud bucal general durante toda la vida. Además, el establecimiento del hogar dental asegura la derivación adecuada a especialistas dentales cuando no es posible brindar la atención en el hogar dental.

El concepto del hogar dental les permite a los proveedores llegar a los afiliados que no han acudido a consultas, según se especifica en el Programa de Periodicidad de Atención Dental del AHCCCS, y les permite llegar a los afiliados que han faltado a las citas. El hogar dental también puede ayudar a que los afiliados sean derivados por otros problemas de salud bucal que requieran evaluaciones o tratamientos adicionales.

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

El CMDP les envía paquetes para nuevos afiliados a los organismos que tienen la custodia de estos. Los materiales que contiene el paquete son para entregárselos a los encargados del cuidado de los nuevos afiliados. Los materiales incluyen la tarjeta de identificación del afiliado e información sobre la atención médica, incluida la elección de un proveedor de atención primaria (PCP) y un proveedor de atención dental primaria (PDP) u hogar dental.

Medicare revisa el **Manual del afiliado del CMDP** cada año. El Manual del afiliado puede encontrarse en el sitio web del CMDP: dcs.az.gov/cmdp.

El **Directorio de Proveedores del CMDP** es una lista de proveedores de atención médica registrados. Esta lista incluye a los PCP y a los especialistas médicos. El directorio ayuda a seleccionar un PCP o un PDP. El directorio puede encontrarse en el sitio web del CMDP. Los afiliados y encargados del cuidado también pueden comunicarse con Servicios para el Afiliado para pedir una copia del Manual del afiliado y del directorio, que recibirán por correo, sin costo alguno. Cuando se identifican nuevas colocaciones, se envían por correo los paquetes con información para los afiliados, que incluyen el Manual del afiliado.

TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO

La tarjeta de identificación del afiliado contiene mucha información valiosa. Lleve su tarjeta de identificación del afiliado a sus consultas médicas. Presente su tarjeta de identificación del afiliado en las farmacias y ante los proveedores de atención médica para que puedan facturarle los pagos al CMDP. No permita que otras personas utilicen su tarjeta de identificación del afiliado. Eso es ilegal.

Cuando se inscribe a un menor en el CMDP por primera vez, se le otorga una tarjeta de identificación del afiliado temporal. Esta no incluye la información de la Autoridad Regional de Salud Conductual (RBHA).

Su tarjeta de identificación tiene un número de teléfono para acceder a los servicios de salud conductual y abuso de sustancias. Los servicios se asignan a un proveedor según el lugar donde usted viva. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para obtener servicios de salud conductual, llame al número que aparece en la tarjeta.



Se le enviará una tarjeta de identificación del afiliado permanente a la brevedad. La tarjeta permanente tendrá el nombre del organismo de salud conductual (RBHA, CMDP o CRS) responsable de prestar los servicios de salud conductual.

Se asignará al afiliado a una RBHA según el tribunal correspondiente a la jurisdicción del afiliado. La RBHA pagará la mayoría de los servicios de salud conductual, lo que incluye a la mayoría de los medicamentos con receta médica para las afecciones de salud conductual. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para obtener servicios de salud conductual, llame al número de la RBHA que aparece en la tarjeta.

La información sobre la farmacia se incluye en la tarjeta de identificación del afiliado. Si tiene problemas para obtener una receta en la farmacia, llame al número de teléfono de la Línea de Ayuda para el Afiliado que aparece en el anverso de la tarjeta de identificación del CMDP, 1-800-788-2949.

Si el afiliado tiene licencia de conducir de Arizona o una identificación emitida por el estado, el AHCCCS obtendrá la fotografía del afiliado de la División de Vehículos Motorizados (Motor Vehicles Division, MVD) del Departamento de Transporte. La pantalla de verificación de elegibilidad para el AHCCCS que ven los proveedores contiene la fotografía del afiliado (si está disponible) y los detalles de su cobertura.

No tire la tarjeta de identificación del afiliado a la basura. La tarjeta debe guardarse en un lugar seguro y estar en posesión del afiliado y de los encargados del cuidado del menor. El afiliado/encargado del cuidado es el responsable de proteger la tarjeta de identificación. El uso indebido de la tarjeta; por ejemplo, el préstamo, la venta o la entrega de la tarjeta a otras personas, puede ocasionar la pérdida de elegibilidad del afiliado o el inicio de procedimientos judiciales.

Si no recibe un número de identificación del afiliado, o si necesita una tarjeta de identificación del afiliado sustituta, envíe un correo electrónico (CMDPMemberServices@azdcs.gov) o llame a Servicios para el Afiliado del CMDP al (602) 351-2245 o al número de llamada sin costo, 1-800-201-1795, para obtener ayuda.

SERVICIOS PARA EL AFILIADO

Servicios para el Afiliado está a su disposición para ayudarle. Si tiene preguntas, inquietudes o problemas relacionados con los servicios de atención médica, llámenos.

Servicios para el Afiliado puede responder preguntas sobre lo siguiente:

- Inscripción.
- Elegibilidad.
- Tarjetas de identificación del afiliado.
- Cómo encontrar un médico, un dentista, un hospital o una farmacia.
- Cómo encontrar un proveedor de atención médica que hable su idioma y comprenda su cultura.

Puede comunicarse con Servicios para el Afiliado por correo electrónico (CMDPMemberServices@azdcs.gov) o por teléfono llamando al 602-351-2245 o al 1-800-201-1795, opción 3-1.

Llame a Servicios para el Afiliado para lo siguiente:

- **Informar sobre cualquier cambio relativo al afiliado.**



- **Cambiar su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP).**
- **Informar sobre un cambio de domicilio.**

RESPONSABILIDADES DE LOS AFILIADOS Y DE LOS ENCARGADOS DEL CUIDADO

Los afiliados y los encargados del cuidado son responsables de lo siguiente:

- Siempre deben incluir al DCS/CMDP como la parte responsable, así como la dirección del CMDP para el envío de reclamos (**CMDP – C010-18, P.O. Box 29202, Phoenix, AZ 85038-9202**).
- Proporcionarles toda la información que sea posible a los proveedores de atención médica que trabajen con el afiliado.
- Informar al CMDP sobre cualquier otra cobertura de seguro que tenga el afiliado.
- Proteger en todo momento la tarjeta de identificación del afiliado. No perderla ni compartirla con otras personas. Presentar la tarjeta de identificación al registrarse para recibir los servicios.
- Seguir el plan de tratamiento prescrito por los proveedores de atención médica del afiliado.
- Conocer el nombre del PCP o el médico y del PDP o dentista del afiliado.
- Programar las citas con el médico en horas hábiles, siempre que sea posible, antes de obtener atención urgente o acudir a una sala de emergencias de un hospital.
- Programar las citas fuera del horario de clases, siempre que sea posible.
- Llevar al afiliado a las citas con el médico, o comunicarse con el DCSS asignado o el CMDP si necesita ayuda con el transporte.
- Presentarse a las consultas con puntualidad.
- Llegar temprano al consultorio si el afiliado acude al médico por primera vez.
- Avisarle al proveedor de atención médica con al menos un día de anticipación cuando no pueda asistir a una consulta.
- Llevar en todo momento la tarjeta de identificación del CMDP (o el formulario de Aviso al proveedor, si no ha recibido la tarjeta) y presentarla ante el proveedor de atención médica.
- Llevar al médico o PCP todos los registros de vacunas disponibles y la información de la historia clínica.
- Llevar al afiliado a las revisiones preventivas.
- Llevar al afiliado a que se realice un examen dental al menos dos veces al año.
- Acudir a los Servicios de Rehabilitación Infantil (CRS) cuando lo solicite el CMDP o el PCP.
- Trabajar con el CMDP, el DCSS, el PCP y el PDP para asegurarse de que el afiliado esté recibiendo la mejor atención posible.
- Asegurarse de que cada afiliado reciba todas las vacunas de la infancia y la adolescencia. (Consulte los calendarios de vacunación y obtenga más información en el sitio web del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades [Center for Disease Control and Prevention, CDC], <http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/child-adolescent.html>).
- Asegurarse de que cada afiliado acuda a todas las consultas preventivas correspondientes para su edad.
- Avisarle al CMDP si se produce un cambio de domicilio o número de teléfono.
- Avisarles al PCP y PDP del afiliado si se produce un cambio de domicilio o número de teléfono.



- Avisarle al DCS/CMDP si se modifica el tamaño de la familia o si se produce cualquier otro cambio en la información demográfica.

MUDANZAS FUERA DEL ÁREA DE SERVICIO

Comuníquese con Servicios para el Afiliado si se muda con un afiliado del CMDP a otra área, condado o estado. El CMDP debe saber cuál es el nuevo domicilio del afiliado. También es necesario comunicarse con el especialista en seguridad infantil, el PCP y el PDP.

El aviso anticipado al PCP y al PDP permite que haya tiempo necesario para la transferencia de los expedientes médicos a un nuevo proveedor. Esto asegura la continuidad de la atención que recibe el afiliado.

Si se muda con un afiliado a otro estado, comuníquese con el especialista en seguridad infantil a fin de obtener ayuda para recibir servicios de atención médica en el nuevo estado. El encargado del cuidado debe proporcionarles al CMDP y al DCSS el nuevo domicilio del afiliado.

El especialista en seguridad infantil debe informar al nuevo estado acerca de los planes a fin de proporcionarle servicios de atención médica al afiliado. El especialista en seguridad infantil averiguará si el afiliado puede recibir los servicios de Medicaid en el nuevo estado. Si es así, al encargado del cuidado se le informará cómo solicitar los servicios de Medicaid.

Si el afiliado no es elegible, el CMDP cubre todos los servicios de atención de salud que sean necesarios desde el punto de vista médico. Las unidades Servicios de Proveedores y Servicios para el Afiliado trabajan con el especialista en seguridad infantil para ubicar y registrar a los proveedores.

Comuníquese con Servicios para el Afiliado si necesita ayuda para encontrar una farmacia para el afiliado. Si tiene problemas para surtir sus medicamentos, comuníquese con Servicios Médicos para obtener ayuda.

ABANDONO DEL HOGAR DE CRIANZA SUSTITUTO

Los afiliados del CMDP que sean elegibles para el AHCCCS mientras estén en el hogar de crianza sustituto reciben los beneficios de un proceso de una parte (*ex parte*) cuando abandonan el hogar de crianza sustituto. Este proceso permite la cobertura continua del AHCCCS durante un período de transición (de hasta 60 días) al abandonar el hogar de crianza sustituto. Los afiliados continúan con la cobertura de atención médica con otro plan de salud del AHCCCS hasta que se lleve a cabo una redeterminación. Los afiliados del CMDP no pueden perder todos los beneficios del AHCCCS solo porque abandonen el hogar de crianza sustituto.

Los afiliados del CMDP que cumplen los 18 años de edad y que son elegibles para el AHCCCS mientras se encuentran en un hogar de crianza sustituto reciben los beneficios del programa Seguro de Transición para Adultos Jóvenes (Young Adult Transitional Insurance, YATI) para que la cobertura médica del AHCCCS continúe cuando abandonen el hogar de crianza sustituto. El DCSS del afiliado debe completar la documentación de inscripción del AHCCCS para que el afiliado pueda hacer la transición a otro plan de salud del AHCCCS.

Afiliados y encargados del cuidado: Verifiquen con el DCSS antes de que el afiliado abandone el hogar de crianza sustituto para asegurarse de que se implemente el proceso de una parte o el programa de transición YATI.



CONSULTAS MÉDICAS Y DENTALES

Llame al PCP y al PDP para concertar una cita. El número de teléfono se encuentra en el Directorio de Proveedores y en la carta del CMDP. Cuando llame, indique que el afiliado está cubierto por el CMDP.

Los menores deben hacerse un examen físico completo y acudir a una consulta dental dentro de los primeros 30 días de haber sido asignados a un hogar de crianza sustituto. Programe un examen físico y una consulta dental para los afiliados que no los hayan recibido.

Cuando llame a su médico, debe poder asistir a la consulta para recibir la atención que necesita.

Consultas de rutina: Citas para controles, consultas de seguimiento, exámenes anuales, vacunas. Llame a su médico o dentista para concertar una cita.	
Debe poder asistir al médico para las siguientes citas:	
Atención primaria	Dentro de los 21 días de realizada la solicitud.
Atención especializada	Dentro de los 45 días de realizada una derivación.
Atención dental	Dentro de los 45 días de realizada una derivación.
Atención por maternidad	Primer trimestre: dentro de los 14 días de realizada la solicitud de la cita. Segundo trimestre: dentro de los 7 días de realizada la solicitud de la cita. Tercer trimestre: dentro de los 3 días de realizada la solicitud de la cita.
Consultas urgentes: Citas que el paciente necesita con rapidez, pero cuando su vida no corre peligro. Por ejemplo: para el resurtido de medicamentos, por un dolor de garganta o un resfrío, por una erupción o un dolor de cabeza. Llame a su médico para concertar una cita. Si llama fuera del horario de atención habitual, el médico tendrá un servicio de respuesta que podrá responder sus preguntas, o bien podrá solicitar que el médico le devuelva la llamada en otro momento. No debe acudir a la sala de emergencias para las consultas urgentes o para recibir atención si se enferma.	
Debe poder asistir al médico para las siguientes consultas urgentes:	
Atención primaria	Dentro de los 2 días de realizada la solicitud.
Atención especializada	Dentro de los 3 días de realizada una derivación.
Atención dental	Dentro de los 3 días de realizada una derivación.
Atención por maternidad	Dentro de los 3 días de que el embarazo se haya identificado como de alto riesgo.
Consultas de emergencia: En estos casos, deberá ser atendido por un médico porque presenta una afección médica grave y corre peligro de perder la vida o de sufrir daños graves. Por ejemplo: intoxicación o sobredosis, fracturas de huesos, dificultad para respirar o convulsiones. En estos casos, llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias más cercana. NO tiene que llamar a su médico primero. Los servicios de emergencia no requieren autorización previa.	
Debe poder asistir al médico para las siguientes consultas de emergencia:	
Atención primaria	El mismo día o dentro de las 24 horas de realizada la solicitud de la consulta.
Atención especializada	Dentro de las 24 horas de realizada una derivación.
Atención dental	Dentro de las 24 horas de realizada una derivación.
Atención por maternidad	En caso de emergencia, inmediatamente.



Llame a Servicios para el Afiliado si tiene problemas para concertar una cita.

Informe al DCS o al representante de justicia juvenil si el menor presenta alguna necesidad especial de atención médica. Esto incluye, entre otros, embarazo, asma crónica y diabetes.

El CMDP le ayudará a encontrar un médico, dentista o especialista para el afiliado.

TRANSPORTE DE EMERGENCIA

Llame al **9-1-1** o comuníquese con el servicio de ambulancias local para el transporte en caso de una emergencia que ponga en peligro la vida. Este es un servicio cubierto por el CMDP.

TRANSPORTE EN CASOS NECESARIOS DESDE EL PUNTO DE VISTA MÉDICO QUE NO SON DE EMERGENCIA

Los encargados del cuidado deben coordinar su propio transporte de ida y vuelta a las citas médicas. Esto incluye ir en su propio automóvil, tomar un autobús, pedirles a familiares o amigos que los lleven. Si no logra coordinar el transporte, comuníquese con su DCSS. Le ayudará a coordinar el transporte. (Se recomienda que este proceso se inicie, a más tardar, 4 días antes de la cita). Si no logra comunicarse con el DCSS, llame a Servicios para el Afiliado al (602) 351-2245 o al 1-800-201-1795 a fin de obtener ayuda para coordinar el transporte. Los arreglos para el transporte que no sea de emergencia se deben hacer al menos 24 horas antes de la cita.

SERVICIOS CUBIERTOS

Llame a Servicios para el Afiliado si tiene alguna pregunta o inquietud sobre los servicios de atención médica cubiertos.

El CMDP paga los servicios de atención médica que son necesarios desde el punto de vista médico. Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes:

- Visitas al consultorio médico.
- Revisiones preventivas/EPSTDT/pruebas de detección y tratamiento para adolescentes.
- Pruebas de detección de plomo, anemia, problemas de audición y visión, infecciones de transmisión sexual, cáncer de cuello uterino, etc.
- Vacunas (consulte los calendarios de vacunación y más información en el sitio web del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades, <http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/child-adolescent.html>).
- Servicios de salud conductual.
- Atención hospitalaria.
- Atención de especialistas, según sea necesaria.
- Servicios de planificación familiar.
- Servicios en el hogar y en la comunidad.
- Servicios de laboratorio y radiografías.
- Atención durante el embarazo.
- Atención médica de emergencia las 24 horas.
- Atención dental: preventiva, de diagnóstico y restauración.
- Transporte de emergencia.



- Atención oftalmológica y anteojos.
- Transporte necesario desde el punto de vista médico.
- Servicios de farmacia, suministros y equipos médicos.
- Trasplantes (el CMDP solo pagará los trasplantes que el AHCCCS indique como cubiertos).

COBERTURA DE SALUD CONDUCTUAL DEL CMDP

Los menores que no son elegibles para el AHCCCS (excluidos del Título XIX) o KidsCare (excluidos del Título XXI) reciben sus servicios de salud conductual a través del CMDP y de contratos regionales del DCS. El CMDP cubre la hospitalización psiquiátrica, la evaluación psiquiátrica, la gestión de medicamentos psiquiátricos, las terapias y otros servicios directos provistos al afiliado del CMDP y a los encargados de su cuidado. Se requiere autorización previa para los servicios de salud conductual que no sean de emergencia y que se presten durante la crianza sustituta. El personal regional del DCS puede prestar algunos servicios adicionales de salud conductual. Los afiliados se deben comunicar con el coordinador clínico de salud conductual del DCS de su región para solicitar estos servicios.

Un PCP puede tratar a los afiliados que presenten trastornos de depresión, ansiedad y trastorno por déficit de atención e hiperactividad. El PCP puede recetar medicamentos y realizar visitas para supervisar la toma de los medicamentos. No obstante, siempre se recomienda la derivación a un especialista en salud conductual para los menores que se encuentren en un hogar de crianza sustituto, y esto es especialmente importante para los niños menores de seis años de edad. La mejor práctica es que un profesional médico de salud conductual, como un psiquiatra, evalúe, valore y supervise las necesidades de salud conductual de los menores que estén en hogares de crianza sustitutos.

Para obtener ayuda, comuníquese con el coordinador clínico de salud conductual del CMDP llamando al (602) 351-2245 o al 1-800-201-1795, opción 3-2.

COBERTURA DE SALUD CONDUCTUAL DE SERVICIOS DE REHABILITACIÓN INFANTIL (CRS)

Los CRS les proporcionan servicios de salud conductual a los afiliados inscritos en ellos debido a una afección que cumpla con los requisitos correspondientes. Le pedimos que consulte la sección Servicios de Rehabilitación Infantil de este manual para saber más sobre la elegibilidad. Los afiliados inscritos en los CRS recibirán su cobertura de salud conductual de los CRS, sin importar en donde vivan.

La tarjeta de identificación del CMDP indica el número de teléfono de los CRS. Los CRS pagarán la mayoría de los servicios de salud conductual, incluidos los medicamentos con receta médica para las afecciones de salud conductual. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para obtener servicios de salud conductual, llame al número de teléfono que aparece en la tarjeta.

No use la tarjeta de identificación del CMDP para pagar los medicamentos cubiertos por los CRS. El CMDP no cubre este servicio. Los CRS son responsables del pago. Pregúntele al médico de los CRS a qué farmacia debe acudir y proporciónese al farmacéutico su número de identificación del afiliado de los CRS. Puede llamar a Servicios para el Afiliado de los CRS al 1(800) 348-4058.

En caso de crisis, llame a la Línea de Crisis de los CRS. Si se trata de una emergencia que pone en peligro la vida, llame al **9-1-1**.



Líneas de crisis de los CRS en los condados

Condados donde se prestan servicios	Teléfono
Condados de Cochise, Gila, Graham, Greenlee, La Paz, Pinal, Santa Cruz y Yuma	1-866-495-6735
Condado de Pima	1-800-796-6762
Condado de Maricopa	1-800-631-1314
Condados de Apache, Coconino, Mohave, Navajo y Yavapai	1-877-756-4090

INFORMACIÓN DE SALUD CONDUCTUAL Y PRIVACIDAD

Estas son leyes que determinan quién puede acceder a su información de salud conductual con o sin su autorización. La información relacionada con el tratamiento por abuso de sustancias y la información sobre enfermedades contagiosas (por ejemplo, información sobre el VIH/sida) no se puede divulgar a otras personas sin su autorización por escrito.

Algunas veces, no es necesario su permiso para divulgar su información de salud conductual a los efectos de ayudar a coordinar y pagar su atención. Estos casos podrían incluir divulgar su información a los siguientes:

- médicos y otros organismos que proporcionan servicios sociales, de salud o de bienestar;
- su proveedor médico de atención primaria;
- algunos organismos estatales que participan en su atención y tratamiento, según sea necesario;
- integrantes del equipo clínico que participa en su atención.

Otras veces, puede ser útil divulgar su información de salud conductual a otras instituciones, tales como las escuelas. Puede ser necesario su permiso por escrito antes de poder divulgar la información.

ATENCIÓN URGENTE

Llame a su PCP si necesita que lo aconseje después del horario habitual de atención, durante la noche o los fines de semana. Le puede decir que acuda al consultorio en la mañana o que acuda de inmediato a un hospital. Si no localiza al PCP, diríjase a un **centro de atención urgente** si la vida del afiliado no corre peligro. (*Consulte las definiciones de atención de emergencia*). Si desea acceder a la información de contacto para hacer llamadas en horas no hábiles o llamadas de atención urgente, consulte el Directorio de Proveedores o llame a Servicios para el Afiliado al 602-264-3801, o bien llame sin costo al 1(800) 201-1795.



Puede acudir a un centro de atención urgente si tiene tos, un esguince, fiebre alta o dolor de oído. Los centros de atención urgente ofrecen muchos servicios iguales a los del consultorio del médico. También pueden llamar al **9-1-1** si es necesario llevar a un menor al hospital.

Informe al PCP y al DCSS cuando un afiliado haya tenido que recibir atención urgente. Es importante que lo sepan.

ATENCIÓN DE EMERGENCIA

Las emergencias son problemas médicos que pueden poner en peligro la vida si no se tratan con rapidez. Los ejemplos de emergencias incluyen hemorragias graves, fractura de huesos, dificultad para respirar, convulsiones y pérdida del conocimiento.

En una verdadera emergencia médica el bienestar del afiliado es lo más importante. Llame al **9-1-1** o acuda a la sala de emergencias del hospital más cercano (los afiliados tienen derecho a obtener servicios de emergencia en cualquier hospital u otro centro de atención de emergencia). Presente la tarjeta de identificación del CMDP para pagar cualquier servicio. Los servicios de emergencia NO requieren autorización previa del CMDP.

La sala de emergencias de un hospital no sustituye el consultorio del médico. No acuda a ella por problemas médicos menores.

Informe al PCP y al DCSS cuando el afiliado reciba atención de emergencia. Es importante que lo sepan.

ROPA INTERIOR PARA INCONTINENCIA

El CMDP puede proporcionar ropa interior para incontinencia (pañales), que incluye *pull-ups* o toallas absorbentes para incontinencia, si el menor necesita pañales para lo siguiente:

- Prevenir el agrietamiento de la piel.
- Participar en actividades sociales, comunitarias, terapéuticas y educativas.

Estas son las directrices del CMDP en lo que respecta a la ropa interior para incontinencia (pañales):

- El menor debe ser mayor de 3 años de edad.
- El menor debe tener una afección médica documentada que le cause problemas con el control de la vejiga o de esfínteres.
- El menor necesita ropa interior para incontinencia con el fin de prevenir el agrietamiento de la piel y para permitirle participar en actividades comunitarias, sociales, terapéuticas y educativas en circunstancias limitadas.
- El PCP tiene una receta médica extendida para hasta 240 pañales al mes, a menos que se necesiten más, según la afección médica.
- Si el DCS proporciona actualmente un estipendio para la compra de pañales y el CMDP los suministrará, el especialista en seguridad infantil debe interrumpir el estipendio y no podrá volver a proporcionarle otro estipendio a la familia.



- El CMDP coordinará que una compañía de suministros designada entregue los pañales en el hogar.

Si tiene alguna pregunta acerca de las solicitudes de pañales, comuníquese con Servicios Médicos llamando al (602) 351-2245 o al 1-800-201-1795, opción 3-4.

SERVICIOS QUE EL CMDP NO CUBRE NI PAGA

A continuación, se indican las directrices generales de los servicios que el CMDP **no cubre**:

- Cualquier atención que no sea necesaria desde el punto de vista médico.
- Cualquier hospitalización, servicio o artículo que requiera autorización previa (prior authorization, PA), pero que no se hubiera aprobado con antelación o se hubiera rechazado.
- Servicios o artículos con fines cosméticos; servicios necesarios para el bienestar psicológico del afiliado que requieran una PA.
- Servicios o artículos sin costo o que habitualmente no se cobren.
- Interrupción del embarazo, a menos que se obtenga una aprobación previa y asesoramiento sobre la interrupción del embarazo.
- Artículos de cuidado personal, tales como champú, enjuague bucal o pañales para los afiliados, desde recién nacidos hasta los tres años de edad.
- Fórmulas o suplementos alimenticios (a menos que sean la única fuente de nutrición o que sean necesarios desde el punto de vista médico).
- Servicios médicos a un recluso de una institución pública, tal como una cárcel o un centro correccional.
- Atención proporcionada por personas que no cuenten con la debida licencia o certificado y que no estén registradas en el CMDP.

SERVICIOS QUE NO PUEDEN AUTORIZAR LOS ENCARGADOS DE LA CRIANZA SUSTITUTA

- Anestesia general.
- Transfusiones de sangre.
- Interrupción del embarazo.
- Cualquier cirugía o tratamiento médico que no sea de rutina.

Si el Departamento de Seguridad Infantil tiene la custodia temporal de un menor o tiene la custodia legal por orden judicial, el Departamento puede otorgar el consentimiento para lo siguiente:

- evaluación y tratamiento de afecciones que requieran atención de emergencia, pero que no pongan en peligro la vida;
- tratamientos y procedimientos médicos y dentales de rutina, incluidos los servicios de evaluación periódica, diagnóstico y tratamiento tempranos y los servicios prestados por proveedores de atención médica para aliviar el dolor y tratar los síntomas de enfermedades o afecciones comunes de la infancia;
- cirugía;
- anestesia general;
- transfusión de sangre;



- pruebas de detección del virus de inmunodeficiencia humana.

En los casos en que los derechos parentales no se hayan extinguido, el Departamento deberá, en la medida de lo posible, consultar a los padres biológicos del menor antes de tomar decisiones relacionadas con la atención médica del menor que esté bajo la custodia del Departamento.

SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA AL FINAL DE LA VIDA

La atención médica al final de la vida (End of Life, EOL) es un servicio cuyo enfoque está centrado en el afiliado y cuyo objetivo es respetar los derechos y la dignidad del afiliado mientras este recibe otros servicios necesarios desde el punto de vista médico que están cubiertos por Medicaid.

La atención EOL incluye proveerle información sobre cómo mantenerse saludable y otorgarle una mayor flexibilidad para la elección del tratamiento que se realizará, independientemente de la edad o de la etapa de la enfermedad del afiliado. Planificación anticipada de atención, cuidados paliativos, atención de apoyo, servicios para enfermedades terminales.

Cuando sea necesario, la oficina del fiscal general redactará instrucciones anticipadas para los afiliados menores de 18 años de edad, si se encuentran en un hogar de crianza sustituto o están bajo custodia del DCS.

CONSULTA CON UN ESPECIALISTA Y OTROS PROVEEDORES

No se necesita una derivación de su PCP o PDP para consultar a un especialista (excepto a un ortodoncista). Las evaluaciones iniciales y las consultas no necesitan autorización previa (PA), excepto las evaluaciones quiroprácticas, de podología y de desarrollo pediátrico o salud conductual. Los especialistas deben obtener una PA del CMDP antes de prestar los servicios de atención médica. Si no se aprueban los servicios, se envía una carta que indica el porqué de esa decisión y cómo apelarla. La carta se envía al organismo que tiene la custodia del afiliado.

Las afiliadas de sexo femenino tienen acceso directo a la atención preventiva y a los controles rutinarios de un ginecólogo dentro de la red del CMDP sin una derivación del proveedor de atención primaria.

Las mujeres embarazadas que son afiliadas pueden elegir su proveedor de servicios ginecoobstétricos (OB-GYN) como su PCP.

Servicios para el Afiliado puede proporcionarles a usted y al PCP o al PDP una lista de los especialistas registrados del CMDP. También se encuentran en el *Directorio de Proveedores del CMDP*. Si no tiene una copia del directorio, llame a Servicios para el Afiliado. El directorio también se encuentra en el sitio web del CMDP, dcs.az.gov/cmdp.

AFILIADOS INDÍGENAS ESTADOUNIDENSES

Los afiliados indígenas estadounidenses pueden recibir servicios de atención médica de cualquier proveedor de Servicios de Salud para Indígenas o de centros administrados o de propiedad de una tribu cuando lo deseen.

ELECCIÓN DE UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP) Y UN PROVEEDOR DENTAL PRIMARIO (PDP)

Los afiliados del CMDP deben tener un PCP y un PDP, quienes actúan como el médico y el dentista de atención personal. El PCP y el PDP proporcionarán o coordinarán los servicios de salud necesarios. Los



encargados del cuidado deben seleccionar un PCP y un PDP que se especialicen en niños y adolescentes con problemas médicos especiales. El PCP y el PDP trabajan con especialistas, farmacias, hospitales y otros proveedores para tener un registro de toda la atención que recibe un afiliado.

Para calificar como PCP o PDP, el proveedor debe ejercer en una de las siguientes áreas:

- Pediatría (médica o dental).
- Medicina de familia (médica o dental).
- Internista general.
- Enfermero certificado.
- Asistente médico supervisado por un médico.
- Obstetricia y ginecología (OB-GYN) (para embarazadas).

RAZONES PARA TENER UN PCP Y UN PDP

- Administra las necesidades médicas y dentales del afiliado.
- Conoce la historia clínica y dental del afiliado.
- Ayuda a obtener la atención que necesita el afiliado y coordina esa atención.
- Puede ayudar a encontrar a un especialista cuando el afiliado lo necesite.
- Les proporciona la información médica y dental del afiliado a las personas que la necesitan para brindarle la mejor atención al afiliado.
- Proporciona una mejor atención para los problemas de salud crónicos.

El CMDP cuenta con una Red de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Network, PPN) para satisfacer las necesidades de los afiliados. La PPN está conformada por PCP, especialistas, PDP, farmacias, hospitales y otros proveedores de atención médica. Estos proveedores están incluidos en el **Directorio de Proveedores del CMDP**. Podrá solicitar el directorio sin costo llamando a Servicios para el Afiliado. El directorio también se encuentra en el sitio web del CMDP, dcs.az.gov/cmdp. Puede buscar los proveedores en la lista por código postal y por tipo de proveedor.

Comuníquese con Servicios para el Afiliado si necesita ayuda para seleccionar un PCP o un PDP. **El CMDP debe saber quién es el PCP y el PDP de cada afiliado.** Para proporcionar el nombre del PCP y del PDP, comuníquese con Servicios para el Afiliado por teléfono, correo postal o correo electrónico (CMDPMemberServices@azdcs.gov).

Cambio de PCP/PDP

Cuando los afiliados se mudan pueden necesitar cambiar sus proveedores. Si cambia de PCP o PDP, pídale a su PCP o PDP anterior que transfiera sus expedientes médicos al nuevo PCP o PDP. El CMDP trabajará con usted para seleccionar un nuevo PCP o PDP. Para solicitar un cambio o notificar al CMDP de un cambio, llame a Servicios para el Afiliado.

Solicitud de una consulta

En la mayoría de los casos, deberá solicitar una consulta para acudir a un PCP o PDP. Para solicitar una consulta, deberá llamar al PCP o PDP asignado y proveerle la siguiente información:

- Nombre del afiliado
- Identificación del afiliado



- Motivo de la consulta
- Que el afiliado cuenta con la cobertura del CMDP

Cancelación o cambio de una consulta

Para cancelar o cambiar una consulta con su PCP, PDP, especialista o CRS, llame al proveedor al menos un día antes de la consulta. Algunos proveedores pueden intentar cobrar una tarifa por una consulta perdida. De acuerdo con la ley de Arizona, al CMDP no le corresponde pagar las consultas perdidas o las consultas a las que el afiliado no se presente.

Mantenimiento de un buen estado de salud

Cómo ayudar a los afiliados a mantenerse saludables:

- Asegúrese de que los afiliados acudan a todas las consultas preventivas.
- Asegúrese de que los afiliados acudan a las consultas dentales dos veces al año.
- Realice un seguimiento de todas las derivaciones realizadas durante las consultas con el proveedor de atención primaria (PCP).
- Asegúrese de que todos los afiliados reciban sus vacunas. Asegúrese de que las vacunas estén al día (consulte los calendarios de vacunación y más información en el sitio web del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades, <http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/child-adolescent.html>).
- Algunas veces, es necesario acudir a un nuevo médico. Cuando esto suceda, asegúrese de pedir que envíen las copias de todos los expedientes médicos al nuevo médico.
- Asegúrese de que los adolescentes asistan a las consultas preventivas. Estas incluyen las consultas anuales ginecológicas de las adolescentes. El médico del adolescente debe hablarle sobre la salud reproductiva y la anticoncepción. También deben hablar acerca de las relaciones sexuales seguras. Las relaciones sexuales seguras incluyen la forma de prevenir las enfermedades de transmisión sexual. A menudo, en estas consultas también se habla sobre el consumo de drogas y alcohol. El encargado de la crianza sustituta del afiliado también debe hablarle acerca de estos temas.
- Las afiliadas deben acudir a todas las consultas de atención prenatal. Asegúrese de asistir a todas las consultas posparto con el médico después del nacimiento del bebé.

Las consultas preventivas (exámenes preventivos), como los exámenes ginecológicos anuales, los exámenes de mama y los exámenes de próstata, están cubiertas para los afiliados a partir de los 21 años de edad. La mayoría de las consultas preventivas (también llamadas “de control” o “examen físico”) incluyen un historial médico, un examen físico, evaluaciones de salud, asesoramiento sobre la salud y vacunas necesarias desde el punto de vista médico. (Consulte el programa EPSDT para conocer los exámenes preventivos para afiliados menores de 21 años de edad).

SERVICIOS PREVENTIVOS DE SALUD INFANTIL O PROGRAMA DE EVALUACIÓN PERIÓDICA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO TEMPRANOS (EPSDT)

El programa de Evaluación Periódica, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos (Early Periodic Screening, Diagnostic and Treatment, EPSDT) es un programa integral de salud infantil para la prevención, el tratamiento, la corrección y la mejora de problemas físicos y de salud mental de los afiliados del AHCCCS menores de 21 años de edad.



El objetivo del programa EPSDT es asegurar la disponibilidad y accesibilidad de los recursos de atención médica, además de ayudar a los beneficiarios de Medicaid a utilizar con eficacia estos recursos.

Los servicios del EPSDT brindan atención médica integral por medio de la prevención primaria, la intervención temprana, el diagnóstico, el tratamiento necesario desde el punto de vista médico y la atención de seguimiento de los problemas físicos y de salud mental de los afiliados del AHCCCS menores de 21 años de edad. Los servicios del EPSDT incluyen servicios de detección, servicios oftalmológicos, servicios dentales, servicios auditivos y todos los demás servicios necesarios desde el punto de vista médico, obligatorios y opcionales, establecidos en las leyes federales, Artículo 1396d(a) del Título 42 del Código de los Estados Unidos (United States Code, USC), para corregir o mejorar los defectos, así como las enfermedades y afecciones físicas y mentales, identificados en una evaluación del EPSDT, ya sea que los servicios estén cubiertos o no por el plan estatal del AHCCCS. No se aplican otras limitaciones y exclusiones, que no sean el requisito de necesidad médica ni de economía, a los servicios del EPSDT.

Una consulta preventiva es equivalente a una consulta de EPSDT e incluye todas las pruebas de detección y los servicios descritos en los programas de periodicidad del EPSDT del AHCCCS y de atención dental.

Cantidad, duración y alcance: La Ley de Medicaid define que los servicios del programa EPSDT incluyen servicios de detección, servicios oftalmológicos, servicios dentales, servicios auditivos y “otros servicios de atención médica, servicios de diagnóstico y de tratamiento necesarios, así como otras medidas descritas en las leyes federales, Artículo 1396d(a) del Título 42 del USC, para corregir o mejorar los defectos, así como las enfermedades y afecciones físicas y mentales, descubiertos por los servicios de detección, ya sea que los servicios estén cubiertos o no por el plan estatal (AHCCCS)”.

Esto significa que los servicios cubiertos por el EPSDT incluyen los servicios que corrigen o mejoran los defectos, las afecciones y las enfermedades, físicos y mentales, descubiertos durante el proceso de detección cuando los servicios están dentro de una de las 29 categorías opcionales y obligatorias de “asistencia médica”, según se define en la Ley de Medicaid. Los servicios cubiertos por el programa EPSDT incluyen las 29 categorías de servicios incluidas en la ley federal, incluso cuando no estén indicadas como servicios cubiertos en el plan estatal del AHCCCS, o en los estatutos, reglas o políticas del AHCCCS, siempre que los servicios sean necesarios desde el punto de vista médico y asequibles.

El programa EPSDT incluye, entre otros, la cobertura de lo siguiente: servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados y ambulatorios, servicios de laboratorio y radiografías, servicios brindados por médicos, servicios brindados por enfermeros especializados, medicamentos, servicios dentales, servicios de terapia, servicios de salud conductual, suministros médicos, dispositivos protésicos, anteojos, transporte y servicios de planificación familiar. El EPSDT también incluye servicios de diagnóstico, detección, prevención y rehabilitación. Sin embargo, los servicios del EPSDT no incluyen servicios con fines exclusivamente cosméticos o que no tengan un costo razonable al compararlos con otras intervenciones.

Se requiere una evaluación del EPSDT o de control preventivo:

A los 3-5 días de edad



A 1 mes de edad
A los 2 meses de edad
A los 4 meses de edad
A los 6 meses de edad
A los 9 meses de edad
A los 12 meses de edad
A los 15 meses de edad
A los 18 meses de edad
A los 24 meses de edad
Después de los 2 años de edad, un control anual preventivo hasta los 21 años.

El CMDP también permite el uso del programa de consultas mejorado para menores que se encuentran en hogares de crianza sustitutos, recomendado por la Academia Estadounidense de Pediatría (American Academy of Pediatrics). Estas consultas le permiten al PCP realizar un seguimiento de los menores que se encuentran en hogares de crianza sustitutos y abordar los problemas complejos que muchos de ellos puedan tener. Entre estos problemas se incluyen retrasos del desarrollo, adaptación a un nuevo lugar, problemas en la escuela, entre otros.

Edad	Evaluación del EPSDT o controles preventivos	Consultas adicionales recomendadas
Del nacimiento a los 6 meses de edad	A las 2 semanas; 1, 2, 4 y 6 meses de edad	Lo ideal sería acudir a una consulta una vez al mes, en especial si el menor nació prematuro o si tiene problemas médicos crónicos.
De los 8 a los 24 meses de edad	A los 9, 12, 15, 18 y 24 meses de edad	A los 21 meses para evaluar la conducta y el desarrollo.
De los 24 meses a los 21 años de edad	Cada 12 meses	Lo ideal sería acudir a una consulta cada 6 meses, como mínimo, para evaluar la salud conductual, el desarrollo y las necesidades educativas, así como para supervisar la adaptación a la crianza sustituta y a las visitas. Los menores que presentan problemas importantes deben acudir a consultas con mayor frecuencia.
Motivos de las consultas adicionales de los menores que se encuentran en hogares de crianza sustitutos		
Apoyo y educación que provee el encargado de la crianza sustituta		
Necesidad de supervisión frecuente para evaluar el efecto de las transiciones, las visitas, las incertidumbres y la adaptación continua al hogar de crianza sustituto		
Abordaje de problemas emergentes, en especial los conductuales, emocionales, educativos y relativos al desarrollo		



PROGRAMA DE PERIODICIDAD DE EPSDT

SISTEMA DE CONTENCIÓN DE COSTOS DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN ARIZONA (ARIZONA HEALTH CARE COST CONTAINMENT SYSTEM, AHCCCS) PROGRAMA DE PERIODICIDAD DE EPSDT

PROCEDIMIENTO/EDAD	Recién nacido	3-5 días	Hasta el mes 1	2 meses	4 meses	6 meses	9 meses	12 meses	15 meses	18 meses	24 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
Historia inicial/intervalos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Longitud/estatura y peso	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Relación peso-estatura	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																			
Circunferencia cefálica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																		
Índice de masa corporal (IMC)											X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Presión arterial: el PCP debe evaluar la necesidad de medir la presión arterial de niños desde el nacimiento hasta los 24 meses	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Evaluación nutricional	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Visión/audición/habla	VER PROGRAMA POR SEPARADO																												
Vigilancia del desarrollo	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Pruebas de detección del desarrollo ₁							X			X	X																		
Evaluación psicológica/conductual (salud social-emocional)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Evaluación del consumo de alcohol y drogas																				+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Examen físico	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Evaluación metabólica del recién nacido ₂	←	X	→																										
Vacunas	CONSULTE EL SITIO WEB DE LOS CENTROS PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES																												
Prueba de tuberculosis								+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Hematocrito/Hemoglobina							+	X	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Prueba de detección de plomo	FUERA DE CÓDIGO POSTAL DE ALTO RIESGO																												
Evaluación verbal de plomo						X	X	X		X	X	X	X	X															
Prueba de plomo en sangre						+	+	+		+	+	+	+	+															
Prueba de detección de plomo	DENTRO DE CÓDIGO POSTAL DE ALTO RIESGO																												
Evaluación verbal de plomo						X	X		X	X		X	X	X	X														
Prueba de plomo en sangre								X			X	X*	X*	X*	X*														
Detección de dislipidemia											X		X		X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Pruebas de dislipidemia																				PRUEBAS DE UNA SOLA VEZ ENTRE LOS 18 Y LOS 20 AÑOS									
Detección de ITS																				+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Detección de displasia cervical																				+	+	+	+	+	+	+	+	+	
detección de salud oral por el PCP ₃						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Barniz tópico de flúor ₄						X	→	X	→	X																			
Remisiones dentales ₅						+	+	X	+	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Orientación de previsión	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	



¹ Utilización de una de las herramientas de detección aprobadas por el AHCCCS (ASQ y herramienta PEDS) para afiliados a los 9, 18 y 24 meses. Cuando lo indique un médico, se puede usar la herramienta M-CHAT en lugar del ASQ o la herramienta PEDS en afiliados de 16 a 30 meses de edad para el riesgo de trastornos del espectro autista.

² La evaluación metabólica del recién nacido se debe realizar de conformidad con la ley del estado. Los resultados deben revisarse en las consultas; además, se deben hacer las repeticiones de las pruebas o remisiones adecuadas, según sea necesario.

³ El PCP debe realizar las evaluaciones de salud bucal en cada consulta, a partir de los 6 meses de edad.

⁴ El barniz de flúor está limitado, en el consultorio del proveedor de atención primaria, a una vez cada seis meses durante una visita de EPSDT para niños que cumplieron seis meses de edad y tienen al menos una erupción dental, con aplicaciones recurrentes hasta los dos años de edad.

⁵ Se recomienda realizar el primer examen dental antes de que el niño cumpla 1 año. El examen se debe repetir cada 6 meses, o según se indique para el estado de riesgo/susceptibilidad del niño a contraer enfermedades.

Estos son los requisitos mínimos. Si en cualquier otro momento se indican otros procedimientos, pruebas, etc. por necesidad médica, el médico está obligado a realizarlos. Si un niño es colocado en cuidado sustituto por primera vez en algún punto del programa o no se cumplió con algún punto en la edad sugerida, las vacunas deben actualizarse lo más pronto posible para estar al día con respecto al calendario.

Referencias: x = debe realizarse

+ = debe realizarse en los afiliados que corran un riesgo cuando se indique

← x → = el intervalo durante el cual se puede proporcionar el servicio; la x indica la edad preferida

* = a los afiliados que no han sido evaluados previamente y que entran dentro de este intervalo de edades (36 - 72 meses) se les debe hacer una prueba de plomo en sangre

NOTA: Si se siguen las directrices de la Academia Estadounidense de Pediatría (American Academy of Pediatrics) para el programa de detección, o se requieren más pruebas de detección por necesidad médica, se cubrirán las pruebas de detección interperiódicas adicionales.

NOTA: La Asociación Estadounidense de Odontología Pediátrica (American Association of Pediatric Dentistry) recomienda que las consultas dentales se inicien antes de que el niño cumpla 1 año. Se recomienda hacer las derivaciones antes del año de edad. Los padres de niños pequeños pueden autoderivarse en cualquier momento a un dentista dentro de la red del contratista.

Revisado: 1/4/15, 1/4/2014, 1/2/2011, 1/10/2008, 1/4/2007, 23/10/2006.

**SISTEMA DE CONTENCIÓN DE COSTOS DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN ARIZONA
(ARIZONA HEALTH CARE COST CONTAINMENT SYSTEM, AHCCCS)
PROGRAMA DE AUDICIÓN/HABLA**

Procedimiento/ edad	Recién nacido	3-5 días	2 semanas	Antes de 1 mes	6 semanas	2 meses	4 meses	6 meses	9 meses	12 meses	15 meses	18 meses	24 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
Audición/habla+	O**	S	O**			S	S	S	S	S	S	S	S	S	O	O	O	S	O	S	O	S	O	S	S	O	S	S	O	S	S

Estos son los requisitos mínimos. Si en cualquier otro momento se indican otros procedimientos, pruebas, etc. por necesidad médica, el médico está obligado a realizarlos.

Referencias: S = Subjetivo, según el historial médico.

O = Objetivo, por método de prueba estándar.

* = Todos los niños, incluidos los recién nacidos que cumplan los criterios de riesgo de pérdida de la audición, deben recibir una evaluación objetiva.

+ = Puede hacerse con más frecuencia si se indica o si existe un mayor riesgo.

** = A todos los recién nacidos se les deben realizar pruebas de detección de la pérdida de la audición en el momento del nacimiento y, luego, entre 2 y 6 semanas después si lo sugiere la primera evaluación o si no se realizó la evaluación en el momento del nacimiento.

Revisado: 1/4/15, 1/4/2014, 1/4/2007, 1/8/2005.



CALENDARIOS DE VACUNACIÓN RECOMENDADOS

Los encargados del cuidado en el estado de Arizona están obligados a cumplir las leyes que rigen la salud de los menores que se encuentran en hogares de crianza sustitutos. El artículo 58 del Código Administrativo de Arizona, R6-5-5830, Atención médica y dental, establece lo siguiente: “Un encargado del cuidado debe coordinar para que un hijo acogido reciba la atención médica y dental de rutina, que debe incluir un examen médico anual, exámenes dentales semestrales, vacunas y análisis médicos de rutina”. (Consulte los calendarios de vacunación y más información en el sitio web del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), <http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/child-adolescent.html>).

La ley de Arizona requiere que los niños en edad escolar y los niños inscritos en guarderías tengan las vacunas adecuadas para su edad. Las excepciones y adiciones a las reglas son las siguientes:

- Los padres biológicos, cuyas creencias religiosas no permitan la vacunación, deben firmar una exención religiosa.
- El médico del menor debe firmar un formulario de exención médica si existe evidencia de inmunidad o una razón médica por la que el menor no pueda recibir las vacunas. Se debe mantener en archivo una copia de los resultados de laboratorio para probar la inmunidad del menor.

Es inusual que se produzcan reacciones a las vacunas y, por lo general, no son más graves que los síntomas leves de la gripe. Las reacciones graves son muy inusuales. Los peligros de no vacunarse son mucho peores que los de la posibilidad de que se produzca una reacción grave.

Consulte los calendarios de vacunación y obtenga más información en el sitio web del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades, en <http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/child-adolescent.html>.

Nota: Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades cambian periódicamente los calendarios de vacunación recomendados. **Hable con el PCP o médico sobre las vacunas de su hijo.**

Las vacunas no son solo para los bebés. Los niños reciben la mayoría de las vacunas entre el nacimiento y los 4 o 6 años. No obstante, los adolescentes también deben vacunarse. Hable con su PCP sobre las vacunas que ellos necesitan y ayúdelos a protegerse a medida que crecen.

Recuerde la vacuna anual contra la gripe, que puede proteger al afiliado y a la familia contra esa enfermedad.

Puede llamar al coordinador del programa EPSDT al 602-351-2245 o al número gratuito 1-800-201-1795. Si desea una tarjeta de vacunación para toda la vida, seleccione la opción 3-4. Puede usar esta tarjeta para llevar un control de todas las vacunas que recibe su afiliado del CMDP.

¿CUÁNDO NECESITAN VACUNARSE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES?

Los calendarios de vacunación pueden encontrarse en línea en el sitio web de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, en el siguiente enlace: <https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/easy-to-read/index.html>

También hay calendarios de vacunación para imprimir en el anexo de este manual.



SERVICIOS DE ATENCIÓN POR MATERNIDAD

Si una afiliada cree que está embarazada, solicite una consulta con el PCP de inmediato. El PCP podrá constatar si la afiliada está embarazada. El PCP proporcionará los nombres de los obstetras de atención primaria (Primary Care Obstetricians, PCO) para que la afiliada elija. La afiliada también puede llamar a Servicios para el Afiliado a fin de obtener ayuda para elegir un PCO. Si la afiliada fue asignada recientemente al hogar de crianza sustituto y ya recibía atención de un médico obstetra (OB), puede seguir atendiéndose con el mismo OB. Si el OB no está inscrito en el CMDP, se hará lo posible por inscribir a este proveedor.

El CMDP paga los servicios de obstetricia (OB). El PCO se especializa en atención obstétrica. El PCO controla y trata a las mujeres embarazadas durante el embarazo. Los servicios incluyen la atención durante el embarazo, el parto y la atención de posparto o atención después del parto. Las afiliadas deben permanecer con el mismo PCO durante todo el embarazo. Sin embargo, si una afiliada se muda o tiene que cambiar de PCO, lo cual es su derecho, se hará todo lo posible por garantizar que los PCO se comuniquen y para que no haya interrupción en la atención.

El PCO se encargará de los controles periódicos de la afiliada. Los controles se hacen para asegurarse de que el embarazo transcurra sin complicaciones. La atención médica temprana y los controles periódicos durante el embarazo son importantes para la salud de la madre y del bebé.

COORDINADORES DE SALUD MATERNA

Los coordinadores de salud materna (Maternal Health Coordinators, MHC) del CMDP se asegurarán de que se les proporcionen todos los servicios necesarios a las afiliadas durante el embarazo. Si necesita ayuda, llame a Servicios Médicos al (602) 351-2245 o al 1-800-201-1795, opción 3-4, y pida hablar con el coordinador de salud materna. El MHC se comunica con el especialista en seguridad infantil o el encargado del cuidado para asegurarse de que la afiliada esté recibiendo la atención prenatal correspondiente.

El MHC también se asegura de que el OB de atención primaria le solicite a la afiliada las pruebas y evaluaciones correspondientes durante el embarazo y después de este. Entre estas se incluyen las pruebas de detección del VIH y la evaluación para detectar la depresión durante el embarazo y después de este.

El MHC dará seguimiento con el especialista en seguridad infantil para coordinar la asistencia psicológica, según sea necesario.

Las normas relativas a los tiempos de las citas con el PCO para todas las embarazadas son las siguientes:

- Primer trimestre (los primeros 3 meses de embarazo): dentro de los 14 días de realizada la solicitud.
- Segundo trimestre (el segundo período de 3 meses del embarazo): dentro de los 7 días de realizada la solicitud.
- Tercer trimestre (último período de 3 meses del embarazo): dentro de los 3 días de realizada la solicitud.
- Embarazo de alto riesgo (cuando se tienen necesidades especiales que ponen a la madre o al bebé en riesgo de sufrir daños): dentro de los 3 días de realizada la solicitud.
- Emergencia (cuando una afiliada necesita atención urgente debido a una crisis, tal como un sangrado, etc.): inmediatamente.



Si tiene algún problema para concertar una cita dentro de esos plazos, comuníquese con Servicios para el Afiliado llamando al (602) 351-2245 o al 1-800-201-1795, opción 3-1.

Es importante que la afiliada asista a todas las citas programadas por el OB, incluida la consulta posparto. El OB de atención primaria también puede pedir una lista de los especialistas registrados del CMDP si la afiliada embarazada necesita atención especializada.

ATENCIÓN PARA LAS MUJERES

Las afiliadas de sexo femenino tienen acceso directo a los servicios de atención preventiva y a los controles de rutina. Pueden obtener estos servicios de un ginecólogo de la red del CMDP sin una derivación del proveedor de atención primaria. El proveedor debe estar en la red del CMDP. Es muy importante que las afiliadas que tengan la edad adecuada y tengan una vida sexual activa se sometan a un examen ginecológico. Deben realizarse el examen al menos una vez al año. Esto le permitirá al médico controlar su estado de salud. También les ayudará a mantenerse saludables. Los servicios preventivos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Papanicolaou, según se indique.
- Examen mamario.
- Mamografía, cuando es necesaria desde el punto de vista médico.
- Vacunas, que incluyen la vacuna contra el VPH.
- Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual.

El virus del papiloma humano (VPH) es un virus común. Puede causar cáncer de cuello uterino. El virus se transmite por medio del contacto sexual. Con frecuencia, el VPH no produce síntomas. Esto hace que sea más difícil que la persona sepa que lo tiene. Es importante que tanto las mujeres como los hombres reciban la vacuna contra el VPH. Deben vacunarse antes de ser sexualmente activos. En ese período es cuando la vacuna puede proporcionar la mayor protección.

Tanto la planificación familiar como la atención ginecológica se ofrecen a través del PCP y, con frecuencia, están incorporadas en el programa de EPSDT o el control preventivo. Si la afiliada lo prefiere, puede consultar al PCP o a un ginecólogo por estos servicios.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Los servicios de planificación familiar se ofrecen para todos los afiliados de sexo masculino y femenino mayores de 12 años de edad. El CMDP envía una carta de planificación familiar al hogar de estos afiliados. El CMDP les pide a sus afiliados que hablen con sus médicos sobre la planificación familiar. Esto se hace para que puedan tomar buenas decisiones. Los servicios de planificación familiar son gratuitos para los afiliados del CMDP. La planificación familiar incluye, entre otros, lo siguiente:

- Educación sobre cómo evitar un embarazo.
- Medicamentos.
- Suministros (incluyen, entre otros, diafragmas, preservativos, espumas, parches y métodos anticonceptivos implantados).
- Exámenes físicos anuales.
- Pruebas de laboratorio.
- Exámenes radiológicos relacionados con la planificación familiar.



- Tratamiento de problemas causados por el uso de anticonceptivos.
- Anticonceptivo oral de emergencia dentro de las 72 horas después de tener relaciones sexuales sin protección.

Los afiliados del CMDP deben acudir a su médico si son sexualmente activos. El médico les hará exámenes anuales. También les hará pruebas de laboratorio. Las afiliadas de sexo femenino pueden consultar a un proveedor de servicios de ginecología. No se necesita derivación y el CMDP no puede solicitarla.

Los proveedores del CMDP informan a los afiliados acerca de las enfermedades de transmisión sexual (ETS). Les explican cómo se transmiten las ETS de una persona a otra. Los proveedores les enseñan cómo prevenir las ETS. El CMDP cubre las pruebas de detección de ETS. El CMDP también cubre la prueba del VIH (el virus que causa el sida). Si es necesario realizar pruebas, el afiliado del CMDP debe recibir asesoramiento del proveedor de atención médica o del departamento de salud local para las pruebas de VIH. También pueden recibir asesoramiento de otro proveedor relacionado con la salud dentro o fuera de la red.

Los afiliados mayores de 12 años de edad pueden dar su consentimiento si el médico indica que es necesario hacer pruebas de VIH. No se necesita ninguna otra aprobación. Los afiliados menores de 12 años de edad deben tener una aprobación. La aprobación puede ser del encargado de la crianza sustituta o del especialista en seguridad infantil. También puede ser del representante de justicia juvenil. Hable con ellos si es necesario realizar pruebas de VIH.

Las afiliadas de sexo femenino que deseen un método anticonceptivo deben hablar con su médico. Deben someterse a un examen físico. Además, es posible que deban realizarse pruebas de laboratorio antes de comenzar a usar un método anticonceptivo. Cualquier afiliado que utilice un método anticonceptivo debe realizarse controles periódicamente con su médico para asegurarse de que se encuentra bien.

Lo siguiente **no está cubierto** con fines de planificación familiar:

- Servicios para tratar la infertilidad.
- Asesoramiento sobre la interrupción del embarazo.
- Interrupción del embarazo.
- Esterilización.
- Histerectomías.

INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO NECESARIA DESDE EL PUNTO DE VISTA MÉDICO

La interrupción del embarazo es un servicio cubierto por el AHCCCS solo en situaciones especiales. El AHCCCS cubre la interrupción del embarazo si se cumplen alguno de los siguientes criterios:

1. La afiliada embarazada sufre un trastorno físico, una lesión física o una enfermedad física, incluida una afección física potencialmente mortal causada por el, o que surge del, embarazo en sí, que podría, según la certificación de un médico, poner a la afiliada en peligro de muerte, a menos que se interrumpa el embarazo.
2. El embarazo es un resultado de incesto.



3. El embarazo es un resultado de una violación.
4. La interrupción del embarazo es necesaria desde el punto de vista médico, de acuerdo con el criterio profesional de un médico con licencia, quien da fe de que podría esperarse razonablemente que la continuación del embarazo represente un problema físico grave o un problema de salud conductual para la afiliada embarazada porque:
 - a. le origina un problema físico grave o un problema de salud conductual a la afiliada embarazada;
 - b. le causa un impedimento grave a una función corporal de la afiliada embarazada;
 - c. le causa una disfunción en un órgano o una parte del cuerpo a la afiliada embarazada;
 - d. agudiza un problema de salud de la afiliada embarazada;
 - e. impide que la afiliada embarazada obtenga tratamiento para un problema de salud.

Se necesita la autorización de la afiliada, el representante legal, una orden judicial y la aprobación del CMAPD, a menos que se trate de una emergencia.

RECIÉN NACIDOS EXPUESTOS A SUSTANCIAS (SEN)

Se ha identificado que muchos menores que reciben atención del DCS han sufrido una exposición a sustancias al nacer y se consideran “recién nacidos expuestos a sustancias” (Substance Exposed Newborns, SEN). Las sustancias identificadas por los hospitales y otros profesionales médicos pueden incluir alcohol, anfetaminas, cocaína, inhalantes, marihuana, heroína, analgésicos con receta, opioides y otras drogas de abuso. Es muy importante que las personas que cuidan de estos bebés y niños vulnerables conozcan los signos que estos presentan debido a la exposición a estas sustancias.

Lo que puede esperar al cuidar de un SEN:

No todos los bebés o niños expuestos a las drogas tendrán problemas. Existen varios mitos relacionados con los SEN. Las etiquetas de “bebés de hielo” o “bebés de metanfetaminas” son inexactas, debido a la falta de pruebas científicas que las fundamenten.

Los efectos de las drogas en los bebés y niños dependen de la cantidad de droga consumida y la cantidad de tiempo durante el cual se consuma la droga en el embarazo. El niño expuesto a las drogas puede correr el riesgo de presentar problemas más adelante en la vida, tales como retraso del habla, trastorno de hiperactividad con déficit de atención y problemas conductuales que es posible que no se manifiesten clínicamente antes de los dos años de edad o incluso durante la edad escolar.

Los signos de exposición a las drogas no son exclusivos de un bebé SEN y pueden estar presentes en otros casos. La clave para el diagnóstico de exposición a sustancias es obtener la historia detallada de la droga o la bebida alcohólica que se consumió durante el embarazo, además de los factores de estrés y los efectos ambientales.

Síntomas comunes y planes de atención sugeridos:

El plan de atención para el bebé/niño se debe hacer con el pediatra del niño para garantizar que se satisfagan las necesidades médicas correspondientes. La atención y el tratamiento se basan en los síntomas que el bebé/niño pueda tener, no en el hecho de que el niño haya sido expuesto a las drogas.



Es importante que el PCP realice un seguimiento del niño de cerca para controlar su crecimiento y desarrollo.

Mantener una rutina constante es extremadamente importante, especialmente si el niño tiene visitas con los padres. Los encargados del cuidado deben estar informados de que la mejor manera de interactuar con el bebé/niño es reducir la reacción del bebé/niño. La reacción del bebé/niño puede no ser causada por el rechazo o un apego deficiente, sino más bien como una respuesta para sobrellevar la pérdida y el pesar.

El CMDP publica un folleto que se llama “Handle with Care: Special Care for the Substance Exposed Newborn” (Manéjese con cuidado: atención especial para el recién nacido expuesto a sustancias), que contiene información y consejos sobre cómo cuidar a los SEN. Está disponible en línea en <http://dcs.az.gov/sites/default/files/CSO-1072A.pdf>

También puede llamar al CMDP y solicitar una copia del folleto.

SEGURIDAD PARA EL BEBÉ MIENTRAS DUERME

¿Cómo es un ambiente de sueño seguro para los bebés?

Las siguientes son pautas de sueño seguras para reducir el riesgo del síndrome de muerte súbita del infante (Sudden Infant Death Syndrome, SIDS) y otras causas de muerte infantil relacionadas con el sueño:

- Siempre coloque al bebé boca arriba para que duerma de manera segura.
- Use una cuna de seguridad aprobada, cubierta con una sábana ajustada.
- No coloque almohadas, cobertores, peluches ni protectores para cunas.
- No coloque objetos blandos, juguetes o ropa de cama holgada cerca del área en la que duerme el bebé.
- No fume cerca del bebé.
- El bebé no debe dormir en la cama de un adulto, en un sofá, ni en una silla solo o con usted.
- No debe haber nada cerca de la cabeza del bebé ni nada que la cubra.
- http://www.nichd.nih.gov/publications/pubs/Documents/Safe_Sleep_Environment_English.pdf

Recuerde que el bebé expuesto a sustancias corre un riesgo mucho mayor de sufrir muerte súbita sin explicación y síndrome de muerte súbita del infante (SIDS). Es muy importante que este grupo de bebés duerma de manera segura. Para obtener más información sobre el cuidado del recién nacido expuesto a sustancias, consulte el siguiente sitio web: <http://dcs.az.gov/sites/default/files/CSO-1072A.pdf>

¡Mantengamos seguros a los bebés mientras duermen!

ATENCIÓN DENTAL

Los primeros dientes (a menudo llamados “dientes de leche”) son importantes y deben cuidarse. Los dientes empiezan a salirles a los niños alrededor de los 6 meses de edad. Los dientes de leche no solo ayudan a su bebé a masticar y, más adelante, a hablar, sino que también ayudan a guardar espacio para los dientes permanentes.

Los dientes de leche pueden tener caries, por lo que es importante empezar con el cuidado de salud bucal a una edad temprana. Esto incluye que su proveedor de atención dental primaria (PDP) haga una



aplicación de barniz de flúor. El barniz de flúor puede ayudar a proteger los dientes de leche de la caries antes de acudir a un dentista.

Los PCP también pueden aplicarles barniz de flúor a los afiliados que tengan al menos 6 meses de edad y al menos una erupción dental. El barniz de flúor puede aplicarse cada 6 meses durante una visita de EPSDT o una visita con el proveedor de atención dental primaria hasta que el afiliado cumpla los 2 años.

La Asociación Dental Estadounidense recomienda que **lleve a su bebé al dentista cuando tenga 1 año de edad. Esta consulta temprana al consultorio dental se conoce como “revisión preventiva del bebé” y establece un hogar dental para la atención futura** (consulte la sección “Hogar dental” de este manual).

Los afiliados del CMDP deben iniciar los servicios dentales cuando cumplan 1 año de edad. Las revisiones dentales periódicas deben hacerse cada 6 meses después de la primera consulta. Estas permiten que el dentista detecte las caries y aplique el tratamiento necesario tan pronto como sea posible. Las revisiones incluyen la limpieza dental y el tratamiento con flúor para ayudar a garantizar la salud de los dientes y las encías del niño a largo plazo.

La evaluación de la salud bucal también debe ser parte de la evaluación de EPSDT que realice el PCP. Esta evaluación de la salud bucal NO reemplaza el examen realizado por un dentista. De todos modos, el bebé debe ser atendido por el dentista al año de edad.

Los afiliados no necesitan una remisión de su PCP y pueden acudir a cualquier dentista del Directorio de Proveedores. Llame al CMDP si necesita ayuda para encontrar un dentista.

Para cancelar o cambiar una consulta con su PDP, llame al proveedor al menos un día antes de la consulta. Algunos proveedores pueden intentar cobrar una tarifa por una consulta perdida. La ley de Arizona establece que al CMDP no le corresponde pagar las consultas perdidas o las consultas a las que el afiliado no se presente.

Los servicios dentales de rutina están cubiertos por el CMDP sin PA ni predeterminación.

Un dentista requiere la aprobación anticipada (PA o predeterminación) para servicios dentales especiales, como la ortodoncia.

La siguiente es una lista de servicios dentales cubiertos:

- Exámenes dentales y radiografías.
- Tratamiento por dolor, infección, hinchazón y lesiones dentales.
- Limpiezas y tratamientos con flúor.
- Selladores dentales.
- Empastes, extracciones y coronas necesarias desde el punto de vista médico.
- Terapia pulpar y de conductos radiculares.
- Aplicación de barniz de flúor por un PCP o PDP.
- Educación dental.



PROGRAMA DE PERIODICIDAD DE ATENCIÓN DENTAL

SISTEMA DE CONTENCIÓN DE COSTOS DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN ARIZONA (ARIZONA HEALTH CARE COST CONTAINMENT SYSTEM, AHCCCS) PROGRAMA DE PERIODICIDAD DE ATENCIÓN DENTAL

RECOMENDACIONES DE ATENCIÓN PREVENTIVA DE SALUD BUCAL PEDIÁTRICA*				
Estas recomendaciones están diseñadas para la atención de niños que no padecen afecciones médicas subyacentes y se desarrollan con normalidad. Puede ser necesario modificar las recomendaciones para los niños con necesidades especiales de atención médica.				
EDAD	12-24 meses	2-6 años	6-12 años	12 años de edad o más
Examen bucal clínico que incluye, entre otras cosas, lo siguiente: ¹	X	X	X	X
➤ Evaluación del crecimiento y el desarrollo bucal	X	X	X	X
➤ Evaluación del riesgo de tener caries	X	X	X	X
➤ Evaluación de la necesidad de un suplemento de flúor	X	X	X	X
➤ Orientación de previsión	X	X	X	X
➤ Orientación sobre higiene bucal	X	X	X	X
➤ Orientación sobre la alimentación	X	X	X	X
➤ Orientación sobre la prevención de lesiones	X	X	X	X
➤ Orientación sobre hábitos no nutritivos	X	X	X	X
➤ Orientación sobre el abuso de sustancias			X	X
➤ Orientación sobre las perforaciones periorales e intraorales			X	X
➤ Evaluación de sellado de fosas y fisuras		X	X	X
Evaluación radiográfica	X	X	X	X
Profilaxis y aplicación tópica de flúor	X	X	X	X

¹ Se recomienda realizar el primer examen antes de que el niño cumpla 1 año. El examen se debe repetir cada 6 meses, o según se indique para el estado de riesgo/susceptibilidad del niño a contraer enfermedades.

NOTA: Los padres o encargados del cuidado deben estar presentes en todas las consultas y sesiones de orientación que se brinden a los afiliados en relación con la atención preventiva de salud bucal y las observaciones clínicas.

NOTA: Al igual de lo que sucede con la atención médica en general, la atención dental debe basarse en las necesidades individuales del afiliado y en el criterio profesional del proveedor de salud bucal.

* Adaptación del Programa de la Academia Estadounidense de Odontología Pediátrica (American Academy of Pediatric Dentistry).

ATENCIÓN OFTALMOLÓGICA

Los servicios de atención oftalmológica incluyen los siguientes:

- Exámenes de la vista.
- Anteojos y lentes bifocales.
- Revestimiento contra rayones.
- Reparaciones y reemplazo de anteojos.
- Lentes entintados (cuando son necesarios desde el punto de vista médico).
- Lentes de contacto (con una declaración de por qué son necesarios desde el punto de vista médico).



PROGRAMA DE PERIODICIDAD DE ATENCIÓN OFTALMOLÓGICA

SISTEMA DE CONTENCIÓN DE COSTOS DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN ARIZONA (ARIZONA HEALTH CARE COST CONTAINMENT SYSTEM, AHCCCS) PROGRAMA DE PERIODICIDAD DE ATENCIÓN OFTALMOLÓGICA

Procedimiento/edad	Recién nacido	3-5 días	Antes del mes 1	2 meses	4 meses	6 meses	9 meses	12 meses	15 meses	18 meses	24 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
Vista +	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	O*	O	O	O	S	O	S	O	S	O	S	S	O	S	S	O	S	S

Estos son los requisitos mínimos. Si en cualquier otro momento se indican otros procedimientos, pruebas, etc. por necesidad médica, el médico está obligado a realizarlos.

- Referencias:
- S = Subjetivo, según el historial médico.
 - O = Objetivo, por método de prueba estándar.
 - * = Si el afiliado no coopera, la evaluación se deberá volver a realizar en 6 meses.
 - + = Puede hacerse con más frecuencia si se indica o si existe un mayor riesgo.

La evaluación de detección por fotografía ocular bilateral con interpretación e informe está cubierta para niños de tres a cinco años como parte de la consulta de EPSDT debido a las dificultades para que los niños colaboren cuando se aplican técnicas tradicionales de evaluación de la vista. La evaluación por fotografía ocular está restringida a un límite de cobertura de una en toda la vida.

Revisado: 1/4/2015, 1/4/2014, 1/4/2007, 1/8/2005

RECETAS

Cuando el proveedor del CMDP extiende una receta médica, debe surtirse en una farmacia que esté registrada en el AHCCCS y en la red de farmacias del CMDP. El CMDP cubre los medicamentos de venta libre cuando son “necesarios desde el punto de vista médico” (cuando ayudan al afiliado a mejorarse). Se necesita una receta médica del PCP. Use la tarjeta de identificación del CMDP o el formulario de Aviso al Proveedor para los pagos.

Las principales tiendas de alimentos y minoristas de nuestro programa están incluidas en el *Directorio de Proveedores del CMDP*. La mayoría de las farmacias de Arizona está incluida en el directorio. Para obtener ayuda para encontrar una farmacia, llame a Servicios para el Afiliado. También puede visitar el sitio web del CMDP para ver el directorio. Si tiene preguntas o problemas para obtener los servicios de farmacia en horas hábiles o no hábiles, o si ha sido rechazado al ir a retirar sus medicamentos recetados, llame al número de teléfono de la Línea de Ayuda que aparece en el anverso de la tarjeta de identificación del CMDP.

El CMDP tiene una lista de medicamentos preferidos (Preferred Drug List, PDL). La PDL, o *formulary*, es una lista de medicamentos aprobados por el CMDP. Los proveedores de atención médica deben consultar la PDL cuando receten medicamentos. Para los medicamentos no incluidos en la PDL, el proveedor debe obtener una PA del CMDP *antes* de que usted vaya a la farmacia.

No se muestran todos los medicamentos incluidos en la PDL. Si usted no encuentra sus medicamentos en la lista, recuerde lo siguiente:

- El CMDP aprueba la mayoría de los medicamentos genéricos.



- El CMDP cubre todos los medicamentos cuando su proveedor de atención médica indica que son *necesarios desde el punto de vista médico* (cuando hacen que el afiliado se mejore) y cuando se obtiene una PA.
- Las fórmulas infantiles y los pañales no están cubiertos por la PDL/farmacia.

La PDL se actualiza con la frecuencia necesaria para hacer cambios importantes. Puede consultar la PDL en el sitio web del CMDP, en dcs.az.gov/cmdp.

Las recetas extendidas por los proveedores de la RBHA deben surtirse *utilizando el número de identificación de la RBHA*, no la tarjeta de identificación del CMDP.

Si el afiliado es elegible para recibir CRS y necesita surtir un medicamento de los CRS puede llamar al 1-800-310-6826 para que resuelvan sus dudas a través de la línea de ayuda de farmacia del CRS. Tenga a mano el número de identificación de los CRS del afiliado. La farmacia puede pedir la siguiente información:

- RX BIN#61094**
- GRP#ACUAZ**
- RX PCN #9999**

COBERTURA DE MEDICAMENTOS DE MEDICARE PARA BARBITÚRICOS Y BENZODIACEPINAS

El CMDP cubre los medicamentos necesarios desde el punto de vista médico, asequibles y permitidos por las leyes federales y estatales.

Para los beneficiarios del CMDP que tienen Medicare, el CMDP NO paga ningún medicamento que pague Medicare ni el costo compartido (coaseguro, deducibles y copagos) de estos medicamentos. El AHCCCS y sus contratistas tienen prohibido pagar estos medicamentos o el costo compartido (coaseguro, deducibles y copagos) de los medicamentos disponibles a través de la Parte D de Medicare, incluso si el afiliado elige no participar en el plan de la Parte D.

A partir del 1 de enero de 2013, el CMDP ya no pagará los barbitúricos utilizados para tratar la epilepsia, el cáncer o problemas de salud mental, ni las benzodiazepinas, para los afiliados que cuenten con la cobertura de Medicare. Esto se debe a que las leyes federales exigen que Medicare comience a pagar estos medicamentos a partir del 1 de enero de 2013.

El CMDP aún pagará los barbitúricos que **NO** se usen para tratar la epilepsia, el cáncer o problemas de salud mental de los afiliados de Medicare después del 1 de enero de 2013.

Algunos de los nombres comunes de las benzodiazepinas y los barbitúricos son los siguientes:

Nombre genérico	Nombre de la marca
Alprazolam	Xanax
Diazepam	Valium
Lorazepam	Ativan
Clorazepato dipotásico	Tranxene



Clorhidrato clordiazepóxido	Librium
Clonazepam	Klonopin
Oxazepam	Serax
Temazepam	Restoril
Flurazepam	Dalmane
Fenobarbital	Fenobarbital
Mebaral	Mefobarbital

El CMDP supervisa los medicamentos controlados y no controlados de forma continua. Esta supervisión incluye una evaluación del uso que hace un afiliado de los medicamentos recetados, los patrones de receta de los médicos y los medicamentos que entregan las farmacias.

Esta información se utiliza para identificar a los afiliados de alto riesgo y a los proveedores que quizás necesiten modificar los medicamentos. En las actividades de supervisión, se incluyen los medicamentos que corresponden a las clases terapéuticas que se describen a continuación:

- a. antipsicóticos atípicos;
- b. benzodiacepinas;
- c. hipnóticos;
- d. relajantes musculares;
- e. opioides;
- f. estimulantes.

Se utiliza el siguiente criterio de evaluación:

- Uso excesivo = Un afiliado que utiliza lo siguiente en un período de 3 meses:
 - o ≥ 4 recetadores;
 - o ≥ 4 medicamentos diferentes con potencial de abuso;
 - o ≥ 4 farmacias, o
 - o el afiliado ha recibido 12 o más recetas de medicamentos que se incluyen en las clases terapéuticas descritas anteriormente en los últimos tres meses.
- Fraude = El afiliado ha presentado una receta falsificada o alterada en la farmacia.

Si el CMDP detecta uso excesivo o fraude, al afiliado se le asignará una única farmacia o recetador por un período determinado.

COBERTURA DE SALUD CONDUCTUAL A TRAVÉS DE UNA AUTORIDAD REGIONAL DE SALUD CONDUCTUAL (RBHA)

La mayoría de los afiliados del CMDP elegibles para el AHCCCS y el programa KidsCare obtiene servicios de salud conductual, que incluyen los servicios por abuso de drogas y alcohol, de la Autoridad



Regional de Salud Conductual (RBHA) del AHCCCS. Los nuevos afiliados son asignados a una RBHA cuando se inscriben en el CMDP o en otro plan de salud del AHCCCS. La asignación de una RBHA para todos los afiliados del CMDP depende del tribunal de jurisdicción del afiliado.

La siguiente es una lista de RBHA:

Mercy Maricopa Integrated Care.....1-800-564-5465

Condados donde presta servicios: Maricopa y determinadas localidades del condado de Pinal

Cenpatico Integrated Care.....1-866-495-6738

Condados donde presta servicios: Pinal, La Paz, Yuma, Cochise, Greenlee, Graham, Santa Cruz y Pima

Health Choice Integrated Care.....1-800-640-2123

Condados donde presta servicios: Mohave, Gila, Coconino, Apache, Navajo y Yavapai

Servicios de rehabilitación infantil (CRS).....1-800-640-2123

Condados donde presta servicios: A nivel estatal

La RBHA pagará la mayoría de los servicios de salud conductual, incluidos los medicamentos con receta médica para las afecciones de salud conductual. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para obtener servicios de salud conductual, llame al número de teléfono que aparece en la tarjeta.

No use la tarjeta de identificación del CMDP para pagar los medicamentos de la RBHA. El CMDP no cubre este servicio. La RBHA es responsable del pago. Pregúntele al médico de la RBHA a qué farmacia debe acudir y proporciónele al farmacéutico su número de identificación del afiliado de la RBHA.



Servicios de salud conductual para niños en cuidado temporal,
familiar y adoptivo
Revisado 3/2017

El AHCCCS se compromete a garantizar la disponibilidad de atención médica oportuna de calidad para niños en hogares de crianza sustitutos y para niños adoptados. El AHCCCS cuenta con normas para citas de salud conductual por contrato para garantizar el acceso a los servicios y que estos se presten de forma oportuna. A continuación, incluimos las normas relacionadas con los servicios de salud conductual. Si tiene algún problema para acceder a los servicios de salud conductual que necesita, o si tiene alguna inquietud con respecto a la calidad de los servicios, lo invitamos a que se comunique con el plan de salud asignado y con el servicio de atención al cliente del AHCCCS.



NORMAS PARA CITAS DE SALUD CONDUCTUAL

A partir de la solicitud, los servicios deben prestarse en los siguientes plazos: (estipulados en días corridos)

72 horas → Respuesta rápida

(2 horas ante una necesidad de urgencia)

Una evaluación inicial en el hogar para los niños puestos bajo custodia del Departamento de Seguridad Infantil (DCS), la cual puede solicitar el DCS o un encargado del cuidado del niño. Los médicos clínicos evaluarán las necesidades inmediatas y priorizarán las crisis o los problemas relacionados con traumatismos. Se incluye una evaluación de la salud conductual, un análisis de los retrasos del desarrollo, apoyo para la colocación del menor y de la familia y contacto con servicios continuos.

7 días → Evaluación inicial

(24 horas ante una necesidad de urgencia)

Una evaluación inicial a cargo de un proveedor de servicios asignado a partir de una derivación o de la solicitud de los servicios por parte del encargado del cuidado.

21 días → Consulta con el servicio de salud conductual

Después de la evaluación de necesidades de salud conductual, la primera consulta debe comenzar en un plazo de 21 días corridos. Los servicios de salud conductual continuos deben prestarse una vez al mes como mínimo, durante al menos los primeros seis meses posteriores al ingreso del niño bajo la custodia del DCS.

Si los servicios recomendados no comienzan dentro del plazo de 21 días corridos, el encargado del cuidado debe notificar al intermediario infantil del plan de salud y al Servicio de Atención al Cliente del AHCCCS; para ello, debe usar la información de contacto que se incluye a continuación. Después de la notificación, puede consultarse a cualquier proveedor registrado del AHCCCS para recibir los servicios recomendados (aunque no forme parte de la red del plan de salud). Para obtener una lista completa de todos los proveedores registrados del AHCCCS, diríjase a <https://www.azahcccs.gov/members/programsAndCoveredServices/providerlistings/>

Puede obtener recursos adicionales en línea en <https://www.azahcccs.gov/members/alreadycovered/memberresources/foster/>

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LOS PLANES DE SALUD

Mercy Maricopa Integrated Care

Condado de Maricopa y Pinal, códigos postales 85120, 85140, 85143, 85220, 85240, 85243

Intermediario infantil: 480-751-8471

Servicios para el afiliado: 1-800-564-5465

DCS@mercyarizona.org

Health Choice Integrated Care

Apache, Coconino, Gila, Mohave, Navajo y Yavapai

Intermediario infantil: 928-214-2370

Servicios para el afiliado: 1-800-640-2123

DCS@iasishealthcare.com

Cenpatico Integrated Care

Cochise, Graham, Greenlee, La Paz, Pima, Pinal, Santa Cruz y Yuma

Intermediario infantil: 520-809-6432

Servicios para el afiliado: 1-844-365-3144

DCS@cenpatico.com

United Healthcare Community Plan CRS

A nivel estatal para los niños con afecciones médicas que cumplan con los requisitos correspondientes para recibir el CRS

Intermediario infantil: 602-255-1692

Servicios para el afiliado: 1-800-348-4058

CRS_specialneeds@uhc.com

Servicio de Atención al Cliente del AHCCCS: 602-364-4558 o 1-800-867-5808 o DCS@azahcccs.gov



CLÍNICA INTERDISCIPLINARIA DE MULTIESPECIALIDADES (MSIC)

Algunos afiliados pueden ser asignados a una Clínica Interdisciplinaria de Multiespecialidades (MSIC). Las MSIC son centros o grupos de proveedores donde los médicos y otros proveedores se reúnen con los afiliados de los CRS y encargados del cuidado. Esto ayuda a los médicos, proveedores, encargados del cuidado y afiliados a trabajar juntos para coordinar toda la atención del afiliado en un solo lugar y, a veces, en la misma cita.

Los servicios que ofrecen las MSIC incluyen atención primaria, atención especializada y servicios de salud conductual. El CMDP puede asignar al afiliado a una de estas clínicas para satisfacer mejor sus necesidades de atención médica.

A continuación, se detallan las MSIC y los servicios que ofrecen:

<i>Región metropolitana de Phoenix</i>	
DMG Children’s Rehabilitative Services <ul style="list-style-type: none"> • Atención especializada de CRS • Nuevos servicios de atención primaria • Servicios ampliados de salud conductual 	DMG Children’s Rehabilitative Services 3141 N 3rd Avenue Phoenix, AZ 85013 602-914-1520 1-855-598-1871 www.dmgcrs.org
<i>Región del sur</i>	
Children’s Clinics for Rehabilitative Services <ul style="list-style-type: none"> • Atención especializada de CRS • Servicios de atención primaria • Servicios ampliados de salud conductual 	Children’s Clinics Square & Compass Building 2600 North Wyatt Drive Tucson, AZ 85712 520-324-5437 1-800-231-8261 www.childrensclinics.org
<i>Región del norte</i>	
Servicios de Rehabilitación Infantil en Flagstaff Regional Medical Center <ul style="list-style-type: none"> • Atención especializada de CRS 	Children’s Rehabilitative Services 1200 North Beaver Flagstaff, AZ 86001 928-773-2054 1-800-232-1018 www.flagstaffmedicalcenter.com
<i>Región sudoeste</i>	
Servicios de Rehabilitación Infantil Tuscany Medical Plaza Clínica de CRS de Yuma <ul style="list-style-type: none"> • Atención especializada de CRS 	Children’s Rehabilitative Services Tuscany Medical Plaza 2851 S Avenue B, Suite 25 Yuma, AZ 85364 928-336-7095 1-800-837-7309 www.yumaregional.org



Para programar, cambiar o cancelar una consulta del afiliado en las MSIC, comuníquese con la clínica o el proveedor de CRS de su región.

Los CRS proporcionan pruebas de detección, evaluación, tratamiento médico y rehabilitación para afiliados menores de 21 años de edad que padecen afecciones crónicas e incapacitantes. El afiliado también debe ser elegible para el AHCCCS (título XIX) a fin de recibir los servicios de los CRS.

Algunas de estas afecciones incluyen, entre otras, las siguientes:

- Espina bífida.
- Defectos cardíacos congénitos.
- Parálisis cerebral.
- Algunos defectos de nacimiento, labio leporino o paladar hendido.

AUTORIZACIÓN PREVIA (PA)

Algunos servicios necesitan la aprobación del CMDP antes de ser proporcionados. Su proveedor de atención médica debe obtener la autorización previa (PA) del CMDP. Los servicios o procedimientos que requieren autorización previa están publicados en nuestro sitio web, en dcs.az.gov/cmdp.

El CMDP revisa la solicitud de autorización previa y toma una decisión basada en la información enviada por el proveedor. La solicitud debe ser necesaria desde el punto de vista médico. En ocasiones, puede ser necesaria una segunda opinión. También es posible que se necesiten más pruebas antes de la aprobación de los servicios, si esto es lo mejor para el afiliado. El proveedor de atención médica debe saber qué servicios necesitan una PA y cuáles no. Un enfermero del CMDP revisa cada solicitud.

El CMDP puede enviar una carta de Aviso de prórroga para obtener más información de un proveedor. Esto nos puede ayudar a tomar la decisión que mejor le convengan al afiliado. Esto puede hacer que tomar la decisión lleve otros 14 días. Si el CMDP no recibe la nueva información, es posible que se deniegue o retrase la solicitud de PA. Si se deniega la solicitud, se les envía una carta de Aviso de determinación adversa de beneficios a los especialistas en seguridad infantil o al tutor legal del afiliado.

Si tiene alguna pregunta sobre cómo tomó una decisión el CMDP, comuníquese con Servicios Médicos llamando al 602-351-2245 o al 1-800-201-1975, opción 3-4. El CMDP también puede proporcionarle al DCSS o al tutor legal del afiliado la información sobre los criterios en los que se basó la decisión de una autorización previa.

Los servicios de emergencia no necesitan una PA del CMDP.

Los afiliados, junto con sus encargados del cuidado, pueden seleccionar un proveedor de su elección, pero se recomienda que lo seleccionen entre los profesionales de atención médica de la Red de Proveedores Preferidos (PPN) del CMDP, que incluye a especialistas de todos los campos, que actualmente están registrados en el CMDP y AHCCCS.

COPAGOS

Algunas personas que reciben los beneficios de Medicaid a través del AHCCCS deben abonar copagos por algunos de los servicios médicos que reciben del AHCCCS.



*NOTA: Los copagos a los que se hace referencia en esta sección son aquellos cobrados por Medicaid (AHCCCS). Esto no significa que una persona está eximida de los copagos de Medicare.

LAS SIGUIENTES PERSONAS NO DEBERÁN ABONAR COPAGOS:

- Las personas menores de 19 años de edad.
- Las personas que padecen enfermedades mentales graves (Seriously Mentally Ill, SMI).
- Las personas elegibles para el programa de Servicios de Rehabilitación Infantil según la Sección 36-2906(E) de ARS.
- Los afiliados en cuidados intensivos que residan en centros de cuidados o en centros residenciales, como en un hogar de vivienda asistida, y solo cuando su enfermedad requiera hospitalización. La exención de los copagos para estos afiliados se limita a 90 días en un año de contrato.
- Las personas inscritas en el Sistema de Cuidados a Largo Plazo de Arizona (Arizona Long Term Care System, ALTCS).
- Las personas que son beneficiarias calificadas de Medicare.
- Las personas que reciben cuidados para enfermedades terminales.
- Los afiliados indígenas estadounidenses que sean usuarios activos o anteriores del Servicio de Salud para Indígenas, de los programas de salud tribales gestionados en virtud de la Ley Pública (Public Law) 93-638, o de programas de salud urbanos para indígenas.
- Las personas inscritas en el Programa de Tratamiento para el Cáncer de Mama o de Cuello Uterino (Cervical Cancer Treatment Program, BCCTP).
- Las personas que reciben servicios de bienestar para el menor en virtud del Título IV-B, sobre la base de que se trata de un niño en crianza temporal, o que recibe asistencia para la crianza temporal o la adopción, en virtud del Título IV-E, independientemente de la edad.
- Las mujeres embarazadas y en período de posparto.
- Las personas que pertenecen al grupo de adultos (por tiempo limitado**).

**NOTA: Durante un período de tiempo limitado, las personas que pertenecen al grupo de adultos no deberán pagar copagos. Los afiliados que pertenecen al grupo de adultos son personas que fueron transferidas del programa de Atención del AHCCCS, así como las personas que tienen entre 19 y 64 años de edad, que no pueden participar en el programa de Medicare, que no están embarazadas y cuyos ingresos son equivalentes al 133 % del Nivel Federal de Pobreza (Federal Poverty Level, FPL) o inferiores, y que no son elegibles para inscribirse en el AHCCCS en virtud de ninguna otra categoría. Para el futuro, se planifican copagos para las personas que pertenecen al grupo de adultos y cuyos ingresos son superiores al 106 % del FPL. Se notificará con antelación a los afiliados sobre los cambios en los copagos.

ADEMÁS, NINGUNA PERSONA DEBERÁ PAGAR COPAGOS PARA LOS SIGUIENTES SERVICIOS:

- Hospitalizaciones.
- Servicios de emergencia.
- Servicios de planificación familiar y suministros.
- Atención médica relacionada con el embarazo y atención médica para cualquier otra afección médica que pueda complicar el embarazo, incluido el tratamiento para dejar de fumar para las mujeres embarazadas.



- Servicios preventivos, como consultas preventivas, papanicolaou, colonoscopias, mamografías y vacunas.
- Servicios de prevención de proveedores.
- Servicios recibidos en el departamento de emergencias.

Personas con copagos opcionales (no obligatorios)

Es posible que las personas elegibles para el AHCCCS a través de cualquiera de los programas que se describen a continuación deban abonar copagos no obligatorios, a menos que suceda lo siguiente:

1. reciban uno de los servicios, mencionados anteriormente, por los que no se puede cobrar un copago, o
2. pertenezcan a uno de los grupos, mencionados anteriormente, a los que no se les puede cobrar un copago.

Los copagos no obligatorios también son llamados “copagos opcionales”. Si un afiliado tiene un copago no obligatorio, el proveedor no puede negarle el servicio en caso de que el afiliado afirme que no puede pagar el copago. Los proveedores de los afiliados que participan en los siguientes programas pueden cobrar un copago no obligatorio:

- AHCCCS para familias con niños (1931).
- Seguro de Transición para Adultos Jóvenes (YATI) para jóvenes en crianza temporal.
- Asistencia estatal para la adopción de niños con necesidades especiales que serán adoptados.
- Personas que reciben Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI) a través de la Administración del Seguro Social, que tienen 65 años de edad o más, son ciegas o tienen discapacidades.
- SSI de Asistencia Médica Solamente (SSI Medical Assistance Only, SSI MAO) para personas que tienen 65 años de edad o más, son ciegas o tienen discapacidades.
- Libertad para trabajar (Freedom to Work, FTW).

Pídale a su proveedor que consulte su elegibilidad para saber qué copagos tendrá que pagar usted. También puede averiguar esto llamando a Servicios para el Afiliado del CMDP. Además, puede visitar el sitio web del CMDP para obtener más información.

Es posible que se les pida a los afiliados del AHCCCS con copagos no obligatorios que abonen los siguientes copagos no obligatorios por los servicios médicos:

MONTOS DE LOS COPAGOS NO OBLIGATORIOS (OPCIONALES) PARA ALGUNOS SERVICIOS MÉDICOS

SERVICIO	COPAGO
Medicamentos con receta médica	\$2.30
Servicios ambulatorios de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla	\$2.30
Consultas ambulatorias con el médico u otro proveedor para la evaluación y la administración de su atención	\$3.40

Los proveedores médicos le pedirán que pague estos montos, pero **NO** le negarán la prestación de los servicios si usted no puede pagarlos. Si usted no puede abonar el copago, dígaselo a su proveedor médico para que no le nieguen la prestación de los servicios.



Personas con copagos requeridos (obligatorios)

Algunos afiliados del AHCCCS deberán abonar copagos obligatorios, salvo que reciban uno de los servicios mencionados anteriormente por los que no se debe cobrar un copago, o que pertenezcan a uno de los grupos anteriores a los que no se les debe cobrar un copago. Los afiliados con copagos obligatorios deberán abonar los copagos para recibir los servicios. Los proveedores pueden negarse a prestarles servicios a estos afiliados si no abonan los copagos obligatorios. Los copagos obligatorios se les cobran a las personas que tienen familias con hijos que ya no son elegibles debido a sus ingresos, también conocidas como familias con Asistencia Médica de Transición (Transitional Medical Assistance, TMA).

Los adultos con TMA tienen que abonar los copagos obligatorios para recibir algunos servicios médicos. Si actualmente participa en el Programa de TMA, o si obtiene la elegibilidad para recibir los beneficios de TMA en el futuro, se le informará a través de un aviso del Departamento de Seguridad Económica (Department of Economic Security, DES) o del AHCCCS. Los copagos para los afiliados con TMA se detallan a continuación.

MONTOS DE LOS COPAGOS OBLIGATORIOS PARA LAS PERSONAS QUE RECIBEN LOS BENEFICIOS DE TMA

SERVICIO	COPAGO
Medicamentos con receta médica	\$2.30
Consultas ambulatorias con el médico u otro proveedor para la evaluación y la administración de su atención	\$4.00
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla	\$3.00
Procedimientos quirúrgicos voluntarios o de no emergencia para pacientes ambulatorios	\$3.00

Los farmacéuticos y proveedores médicos pueden negarse a prestar servicios si no se pagan los copagos.

Límite del 5 % en todos los copagos

El monto total de los copagos no puede ser superior al 5 % de los ingresos familiares totales (antes de impuestos y deducciones) durante un trimestre calendario (de enero a marzo, de abril a junio, de julio a septiembre y de octubre a diciembre). El límite del 5 % se aplica tanto a los copagos nominales como a los requeridos.

La Administración del AHCCCS realizará un seguimiento de los niveles de copago específicos de cada afiliado para identificar a los que hayan alcanzado el límite de copago del 5 %. Si cree que el monto total de los copagos que usted abonó supera el 5 % de los ingresos familiares trimestrales totales y el AHCCCS no le ha informado esto, debe enviar copias de los recibos u otra constancia de cuánto ha pagado a AHCCCS, 801 E. Jefferson, Mail Drop 4600, Phoenix, Arizona 85034.



Si usted participa en este programa pero su situación ha cambiado, comuníquese con la oficina local del DES para pedir que se revise su elegibilidad. Los afiliados pueden solicitar, en cualquier momento, que se haga una reevaluación de su límite del 5 % si su situación ha cambiado.

¿DEBEN PAGAR ALGO LOS ENCARGADOS DEL CUIDADO?

No hay pagos, cuotas ni copagos para los afiliados o los encargados de su cuidado. Los afiliados y encargados del cuidado NO deben recibir ninguna factura de los servicios que cubra el CMDP.

Los pagos del CMDP se consideran el pago total.

No acepte pagar por ningún servicio, a menos que haya hablado antes con el CMDP o se trate de una emergencia.

Si le cobran a un afiliado o encargado del cuidado un servicio cubierto, debe comunicarse con Servicios para el Afiliado.

Llame a Servicios para el Afiliado o envíe la factura a la atención de Servicios para el Afiliado. El CMDP se comunicará con el proveedor de atención médica para tratar el problema de facturación.

Se le puede cobrar si usted pide un servicio no cubierto y acuerda por escrito pagarlo antes de obtener el servicio.

Si tiene que firmar algún formulario, escriba toda la información que se indica a continuación:

(Nombre del encargado del cuidado) para DCS/CMDP

Enviar todas las facturas o reclamos a DCS/CMDP—C010-18, P.O. Box 29202, Phoenix, AZ 85038-9202

El CMDP debe estar indicado como la parte responsable. No incluya la dirección de su casa, su número de teléfono ni su Número del Seguro Social en ninguna de las facturas o reclamos.

NOTA: Cuando el PCP extiende una receta médica para un medicamento de marca comercial y hay un medicamento genérico disponible, el CMDP cubre el costo del medicamento genérico. **Cuando el encargado del cuidado insiste en obtener el medicamento de marca cuando hay un medicamento genérico disponible, el encargado del cuidado puede ser responsable de pagar la diferencia en el costo entre el medicamento genérico y el medicamento de marca.**

OTRO SEGURO

El CMDP es el pagador al que se acude por último para los afiliados que tienen otro seguro médico.

El CMDP coordina los beneficios con los otros planes de seguros médicos. El CMDP paga los deducibles y los copagos. Los organismos que tienen la custodia de los afiliados del CMDP (DCS, ADJC, AOC/JPO) deben notificar por escrito a Servicios para el Afiliado del CMDP sobre el seguro actual de un nuevo afiliado. Deben hacerlo en el momento de la inscripción o tan pronto como conozcan la información.



ELEGIBILIDAD DOBLE

Los afiliados del CMDP que son elegibles para recibir los servicios de Medicare y Medicaid (AHCCCS) tienen elegibilidad doble. Pueden estar clasificados como Beneficiarios Calificados de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o como no elegibles para QMB.

Los afiliados elegibles para QMB reciben cobertura de todos los servicios de Medicaid, incluidos los servicios psiquiátricos, psicológicos, quiroprácticos y de cuidados de relevo para pacientes hospitalizados.

Para los afiliados de elegibilidad doble, Medicare es el pagador principal y el CMDP es el pagador secundario. El CMDP es responsable del pago del coaseguro o los deducibles. (En este caso, llame a Servicios para el Afiliado del CMDP a fin de obtener instrucciones sobre cómo solicitar el reembolso de estos cargos). El CMDP cubre el costo de los copagos de farmacia, coaseguros o deducibles. Los afiliados del CMDP deben acudir a los proveedores de atención médica registrados en el AHCCCS y el CMDP.

El AHCCCS NO paga ningún medicamento que pague Medicare ni el costo compartido (coaseguro, deducibles y copagos) de estos medicamentos. El AHCCCS no paga los barbitúricos utilizados para tratar la epilepsia, el cáncer o problemas de salud mental, ni las benzodiazepinas, para los afiliados que cuentan con la cobertura de Medicare. El AHCCCS paga los barbitúricos que NO se usen para tratar la epilepsia, el cáncer o problemas de salud mental crónicos de los afiliados de Medicare.

QUEJAS Y APELACIONES

Una **queja** es una reclamación, lo cual significa que es la expresión de insatisfacción con respecto a cualquier asunto que no sea una acción/aviso de determinación adversa de beneficios. Las quejas pueden presentarse, entre otros motivos, por la calidad de la atención o de los servicios prestados, por la conducta grosera de un proveedor o empleado, o por la vulneración de los derechos de un afiliado.

Un afiliado o un representante autorizado (el especialista en seguridad infantil o el representante de justicia juvenil) puede presentar una queja. Un proveedor puede presentar una queja en nombre del afiliado, pero **solo** con el consentimiento por escrito del representante autorizado del afiliado.

Se puede presentar una queja ante el CMDP en cualquier momento, ya sea oralmente o por escrito. Para presentar una queja por teléfono, llame a Servicios para el Afiliado. Para presentar una queja por escrito, puede enviar un correo electrónico a **CMDPMemberServices@azdcs.gov**, o enviar una carta a la siguiente dirección:

CMDP
Attn: Member Grievances
Site Code C010-18
P.O. Box 29202
Phoenix, AZ 85038-9202

Se tomará y se proporcionará una determinación dentro del plazo de 90 días a partir de la fecha en que el CMDP reciba la queja. No se puede apelar una resolución/respuesta de una queja ni se puede someter a una audiencia.



Llame al gerente de Servicios para el Afiliado al 602-351-2245 o al 1-800-201-1795 si tiene alguna pregunta o necesita más información sobre las quejas de los afiliados.

Un **Aviso de determinación adversa de beneficios (carta de denegación)** es una respuesta del CMDP respecto a un servicio solicitado. Si el afiliado no está de acuerdo con la respuesta del Aviso de determinación adversa de beneficios, el afiliado o el representante autorizado pueden presentar una apelación. El Aviso de determinación adversa de beneficios por parte del CMDP incluye, entre otras cosas, lo siguiente:

- La denegación o la autorización limitada de un servicio solicitado, incluido el tipo o el nivel de servicio.
- La reducción, la suspensión o la cancelación de un servicio previamente autorizado.
- La denegación total o parcial del pago de un servicio.

Los afiliados del CMDP también tienen derecho a presentar una reclamación ante el AHCCCS, División de Administración de la Atención Médica, Unidad de Administración Médica, si el CMDP no resuelve las reclamaciones acerca de la carta de Aviso de determinación adversa de beneficios a satisfacción del afiliado.

Una **apelación** es una solicitud de revisión de una denegación establecida en el Aviso de determinación adversa de beneficios. Se puede presentar una apelación tanto oralmente como por escrito dentro del plazo de 60 días a partir de la fecha del Aviso de determinación adversa de beneficios. La información sobre cómo presentar una apelación se proporciona con el aviso de denegación, reducción, suspensión o cancelación de servicios, o con el formulario de Aviso de Determinación Adversa de Beneficios.

El CMDP y nuestros proveedores tienen prohibido discriminar a cualquier persona que utilice su derecho a apelar o a presentar una queja.

Si desea presentar una apelación por escrito, envíe una carta a la siguiente dirección:

CMDP
Attn: Dispute and Appeal Manager
Site Code C010-18
P.O. Box 29202
Phoenix, AZ 85038-9202

Llame al gerente de Disputas y Apelaciones al 602-351-2245 o al 1-800-201-1795 si tiene alguna pregunta o necesita más información.

El CMDP toma una decisión final acerca de las apelaciones en el plazo de 30 días después de recibir una apelación oral o por escrito. Se enviará por correo una carta a la *persona que presentó la apelación* para informar la decisión del CMDP y la razón por la que se tomó esa decisión.

Si el afiliado considera que la espera de 30 días podría poner en peligro su vida o su salud, el afiliado o el representante autorizado puede solicitar una **apelación acelerada**.

Una apelación acelerada es una revisión más rápida. El proveedor de atención médica del afiliado **debe** proporcionar la documentación correspondiente para respaldar la solicitud de una apelación acelerada. La decisión sobre una apelación acelerada se proporciona en un plazo de 3 días hábiles.



Algunas veces, se requiere más información para tomar la decisión sobre la apelación. Si no es posible tomar una decisión en el plazo estipulado, se puede solicitar una prórroga de 14 días. Lo puede hacer el afiliado, el representante autorizado del organismo que posee la custodia o el CMDP.

Si el afiliado o el representante autorizado no está de acuerdo con una decisión que tomó el CMDP respecto a la apelación, puede solicitar una audiencia imparcial del estado.

El afiliado o el representante autorizado puede solicitar una audiencia imparcial del estado escribiendo al CMDP 30 días después, como máximo, de la recepción de la decisión con respecto a la apelación. El CMDP remitirá el expediente y la información del caso a la Oficina de Servicios Jurídicos Administrativos (Office of Administrative Legal Services, OALS) del AHCCCS. Si el afiliado o el representante autorizado tiene alguna pregunta o necesita obtener más información con respecto a la audiencia imparcial del estado, debe comunicarse con el gerente de Disputas y Apelaciones llamando al 602-351-2245 o al 1-800-201-1795.

El afiliado o el representante autorizado puede solicitar la continuación de los servicios mientras esté pendiente la apelación. Los servicios continuarán si:

- se presenta oportunamente la apelación;
- la apelación implica la cancelación, la suspensión o la reducción de servicios previamente autorizados;
- los servicios fueron autorizados por el CMDP;
- no ha vencido el período cubierto por la autorización original;
- el afiliado solicita y el CMDP aprueba la continuación de los servicios.

Las solicitudes de continuación se deben presentar en el plazo de 10 días a partir de la fecha en que el CMDP envió por correo el “Aviso de determinación adversa de beneficios” o la fecha de entrada en vigor de la acción, como se indica en el “Aviso de determinación adversa de beneficios”. Es posible que sea responsabilidad del afiliado pagar el costo de los servicios si se otorga la continuación y si la decisión acerca de la apelación o la audiencia no es favorable para el afiliado.

QUEJAS RELATIVAS A LA SALUD CONDUCTUAL

Si tiene alguna inquietud acerca de los servicios de salud conductual que recibe el afiliado, comuníquese con el especialista en seguridad infantil, el representante de justicia juvenil, el coordinador clínico de salud conductual de DCS o un coordinador de salud conductual del CMDP para determinar si los servicios son pagados por el CMDP o por la Autoridad Regional de Salud Conductual del AHCCCS.

Si el afiliado recibe servicios pagados por el CMDP, el coordinador de salud conductual del CMDP le ayudará a comunicarse con el gerente de Disputas y Apelaciones del CMDP para resolver una queja. Llame a los coordinadores de salud conductual al 602-351-2245 o al 1-800-201-1795, opción 3-2.

Si el afiliado recibe servicios pagados por la RBHA, comuníquese con el representante del paciente en la RBHA.

Si el afiliado y el encargado del cuidado no están satisfechos con la decisión, existe el derecho a presentar una apelación ante la RBHA. Pida ayuda al especialista en seguridad infantil o al representante de justicia juvenil.



DERECHOS DEL AFILIADO

Para que los afiliados reciban los servicios de atención médica que necesitan y merecen, tanto ellos como los encargados de su cuidado deben saber que **cada afiliado tiene derecho a lo siguiente:**

- Presentar una reclamación ante el AHCCCS acerca del CMDP, si el CMDP no resuelve el problema del afiliado.
- Solicitar información sobre la estructura y la operación del CMDP o de los contratistas del CMDP (42 CFR 438.10[g][3][i]).
- Pedir información respecto a si el CMDP tiene planes de incentivo que afectan la derivación de los médicos.
- Conocer el tipo de acuerdos de compensación con los proveedores, ya sea que se requiera el seguro de lucro cesante de los proveedores, y el derecho a revisar los resultados de las encuestas realizadas a los afiliados.
- No ser discriminado respecto a la prestación de los servicios de atención médica por raza, origen étnico, país de origen, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, orientación sexual, información genética o la fuente de pago.
- Conocer el derecho a la privacidad, que incluye la protección de toda la información de identificación, excepto cuando la ley requiera o permita algo diferente.
- Saber que puede existir la coordinación de atención con escuelas y organismos estatales, dentro de los límites de las normas pertinentes.
- Obtener una segunda opinión de un profesional de atención médica calificado, dentro de la PPN, u obtener una segunda opinión fuera de la PPN, solo si no hay cobertura adecuada dentro de la red, sin costo para el afiliado.
- Recibir información sobre las opciones y alternativas disponibles, de una manera adecuada para la afección del afiliado y su capacidad de entender.
- Solicitar cada año y recibir sin costo una copia de sus expedientes médicos según lo establecido en el Título 45, Parte 164.524 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR).
- Tener acceso a revisar sus expedientes médicos de acuerdo con las leyes federales y estatales pertinentes.
- Saber que el CMDP debe responder en el plazo de 30 días después de que el afiliado solicite una copia del expediente. La respuesta puede ser una copia del expediente o, si es necesario rechazar la solicitud, la carta de denegación debe incluir la base de la denegación e información acerca de cómo solicitar una revisión de la denegación, de acuerdo con el Título 45, Parte 164 del CFR.
- Enmendar o corregir sus expedientes médicos, según se especifica en el Título 45, Parte 164.526 del CFR (es posible que el CMDP exija que se haga la solicitud por escrito).
- El derecho del afiliado de tener acceso para inspeccionar y obtener una copia de sus expedientes médicos puede ser denegado si la información es algo de lo siguiente:
 - o notas de psicoterapia;
 - o información recopilada para un proceso civil, penal o administrativo, o como previsión razonable para este;



- o información médica protegida, sujeta a las Enmiendas Federales para el Mejoramiento de los Laboratorios Clínicos de 1988, o exenta, de conformidad con el Título 42, Parte 493.3(a)(2) del CFR.
- A una persona se le puede negar el acceso a leer o recibir una copia de la información de su expediente médico sin oportunidad de revisión, de acuerdo con el Título 45, Parte 164 (arriba) del CFR, si:
 - o la información cumple con los criterios establecidos arriba;
 - o el proveedor es una institución de corrección o que actúa bajo la dirección de una institución de corrección, según se define en el Título 45, Parte 164.501 del CFR ;
 - o la información se obtiene durante el curso de la investigación actual que incluye el tratamiento, y el afiliado aceptó suspender el acceso a la información durante la investigación al dar su consentimiento para participar en esta;
 - o la información se recopiló durante la revisión de la calidad de la atención con el propósito de mejorar en general la prestación de la atención y los servicios;
 - o la denegación del acceso cumple con los requisitos de la Ley de Privacidad (Privacy Act), Título 5, Sección 552a del USC;
 - o la información se obtuvo de alguna persona que no es un proveedor de atención médica conforme a la protección de la confidencialidad, y el acceso podría revelar, razonablemente, la fuente de la información.
- Salvo lo indicado anteriormente, el afiliado tiene derecho a pedir una revisión si le deniegan el acceso a inspeccionar o solicitar una copia de la información de su expediente médico cuando:
 - o el profesional de atención médica con licencia ha determinado que el acceso solicitado podría, razonablemente, poner en peligro la vida o la seguridad física del afiliado o de otra persona, o
 - o la información médica protegida se refiere a otra persona, y el acceso podría causar, razonablemente, daños sustanciales al afiliado o a otra persona.
- Estar libre de todo tipo de restricción o reclusión como medio de coacción, medida disciplinaria, por conveniencia o represalia.
- Recibir información sobre el CMDP, los servicios que provee el CMDP, la red de proveedores del CMDP, y sus derechos y responsabilidades. Le enviaremos un manual del afiliado cuando se inscriba en el plan. También le enviaremos boletines cuando se inscriba, y dos veces al año. Además, puede encontrar información sobre el CMDP en nuestro sitio web, en dcs.az.gov/cmdp. Puede comunicarse con Servicios para el Afiliado y solicitar material sobre el CMDP por correo electrónico a CMDPMemberServices@AZDCS.gov o llamando al 602- 351-2245 o al 1-800-201-1795, opción 3-1.
- Ser tratado con respeto y que se reconozca su dignidad y su necesidad de privacidad.
- Participar en la toma de decisiones respecto a su atención médica, lo que incluye lo siguiente:
 - o el derecho a rechazar el tratamiento (Título 42, Parte 438.100 del CFR), o
 - o tener un representante que tome decisiones respecto a la atención o al tratamiento si el afiliado no es capaz de hacerlo.
- Tener la oportunidad de elegir un proveedor de atención primaria (PCP) y un proveedor dental primario (PDP) dentro de los límites de la red de proveedores, y elegir a otros proveedores según sea necesario, entre los que están afiliados a la red:



- o esto también incluye el derecho a rechazar la atención de proveedores específicos.
- Saber acerca de los proveedores que hablan otros idiomas que no sean inglés.
- Tener derecho a obtener, sin cargo, un directorio de los proveedores de atención médica de la PPN.
- Utilizar cualquier hospital u otro establecimiento para recibir atención en caso de emergencia (438.10[g][2][v][C]).
- Recibir los servicios de una manera culturalmente competente, con consideración por los pacientes con dominio limitado del idioma inglés o de las habilidades de lectura, de aquellos que tienen diversos orígenes culturales y étnicos, así como de los afiliados que tienen limitaciones visuales o auditivas:
 - o las opciones incluyen el acceso a un intérprete de lenguaje de señas, una persona con dominio en el lenguaje de señas para las personas con problemas de audición y materiales escritos disponibles en Braille para las personas ciegas, o en diferentes formatos, según corresponda.
- Recibir información relacionada con la formulación de **instrucciones anticipadas** para prever la participación del afiliado o de su representante en las decisiones de aplazamiento de los servicios de resucitación o para rechazar o retirar el tratamiento de soporte vital, según los requisitos de la ley federal y estatal respecto a las instrucciones anticipadas en el Título 42, Parte 438.6 del CFR. Cuando sea necesario, la oficina del fiscal general redactará instrucciones anticipadas para los afiliados menores de 18 años de edad, si se encuentran en un hogar de crianza sustituto o están bajo custodia del DCS.
- Recibir información, en un idioma y formato que el afiliado entienda, acerca de los derechos y las responsabilidades del afiliado, la cantidad, la duración y el alcance de todos los servicios y beneficios, los proveedores de servicios, los servicios incluidos y excluidos como condición de inscripción y demás información, lo que incluye lo siguiente:
 - o disposiciones para obtener servicios de atención médica fuera del horario habitual de atención o en caso de emergencia, que incluyen el derecho a tener acceso a los servicios de atención médica de emergencia de un proveedor sin autorización previa, de acuerdo con la determinación del afiliado de que la necesidad de los servicios es prudente;
 - o información sobre las opciones de tratamiento disponibles (incluida la opción de no recibir tratamiento) o las opciones de atención alternativas;
 - o procedimientos para obtener servicios, incluidos los requisitos de autorización y los procedimientos especiales para obtener servicios de salud mental y para abuso de sustancias, o derivaciones para los servicios especializados que no proporciona el PCP del afiliado;
 - o procedimientos para obtener servicios fuera de la Red de Proveedores Preferidos (PPN) del CMDP;
 - o disposiciones para obtener los servicios cubiertos del AHCCCS que no se ofrecen por medio del CMDP, y aviso sobre el derecho de obtener servicios de planificación familiar de un proveedor adecuado registrado con el AHCCCS;
 - o una descripción de la forma en la que el CMDP evalúa la nueva tecnología para la inclusión como un beneficio cubierto;



- o los criterios utilizados como base para las decisiones. Estos están disponibles a solicitud, o bien pueden consultarse en el sitio web del CMDP, en la pestaña Directrices de PA (PA Guidelines).
- Recibir información sobre las quejas, las apelaciones y las solicitudes de audiencia sobre el CMDP o la atención proporcionada.
- Tener derecho a presentar una reclamación ante el CMDP acerca de las cartas de Aviso de determinación adversa de beneficios inadecuadas o de cualquier aspecto del servicio del CMDP.
- Tener derecho a presentar una reclamación ante el AHCCCS, División de Administración de la Atención Médica, Unidad de Administración Médica, si el CMDP no resuelve las reclamaciones acerca de la carta de Aviso de determinación adversa de beneficios a satisfacción del afiliado.
- El derecho a comunicarse con Servicios para el Afiliado si existen preguntas con respecto a los derechos de los afiliados.

FRAUDE, DESPILFARRO Y ABUSO

El CMDP define el **fraude** como un engaño intencional realizado con el conocimiento de que podría redundar en un beneficio no autorizado.

El **despilfarro** se define como el uso excesivo o inadecuado de servicios, el uso indebido de los recursos o las prácticas que podrían ocasionar costos innecesarios.

El **abuso** se define como la acción de un proveedor que no cumple con las buenas prácticas comerciales o médicas. El resultado es el pago del CMDP de servicios que no ayudan a un afiliado a mejorarse (que no son necesarios desde el punto de vista médico).

Un ejemplo de fraude y abuso por parte de un proveedor es un médico que factura por servicios que no proporcionó al afiliado o servicios que el afiliado no necesitaba.

Un ejemplo de fraude y abuso de un afiliado es prestar, proporcionar o vender las tarjetas de identificación del CMDP a otras personas. Si cree que se cometió fraude o abuso, puede comunicarse con Servicios para el Afiliado al 602-351-2245 o al 1-800-201-1795, opción 3-1.

También puede presentar una denuncia de forma anónima en la Línea Directa de Cumplimiento Corporativo del CMDP llamando al 602-771-3555.

El funcionario de Cumplimiento Corporativo del CMDP revisa y remite los incidentes de posible fraude, despilfarro o abuso a la Oficina del Inspector General (Office of the Inspector General, OIG) del AHCCCS. Los afiliados y encargados de la crianza sustituta tienen la opción de denunciar los posibles incidentes de fraude, despilfarro o abuso directamente ante la OIG, llamando al 602-417-4193. Las personas que cometan fraude, despilfarro o abuso pueden ser sancionadas, tanto por la vía civil como por la vía penal.



SERVICIOS COMUNITARIOS

Dejar de fumar

El CMDP ayudará a los afiliados que deseen dejar el consumo de tabaco. Existen productos para ayudar a hacerlo. El CMDP cubrirá estos productos si el médico extiende una receta médica. Los afiliados pueden acudir a su médico para obtenerla. Esto incluye productos de venta libre y productos, como la nicotina, para el tratamiento sustitutivo. Los adultos jóvenes también pueden llamar a la Línea de Ayuda para Fumadores de Arizona (Arizona Smokers Helpline, ASH). Este es un teléfono sin costo que ayuda a las personas a dejar de fumar. Puede llamarlos al **1-800-556-6222**. Puede encontrar otra información sobre cómo dejar de fumar, los servicios de atención y tratamiento en <http://www.azdhs.gov/tobaccofreeaz/>

WIC

El Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children, WIC) se dedica a proteger la salud de las mujeres, los bebés y los niños hasta los 5 años de edad que corren riesgos nutricionales. Los afiliados del CMDP califican para recibir los servicios del programa WIC. El WIC puede ofrecerle muchos servicios a una familia. El WIC proporciona alimentos nutritivos que complementan los regímenes alimentarios. También puede proporcionar información sobre alimentación saludable y derivaciones para recibir atención médica. El WIC proporciona servicios a las mujeres embarazadas, que están amamantando o que están en el período posparto, así como a los niños menores de 5 años. La cobertura para la madre dura 6 meses después del embarazo si no está amamantando. La cobertura es de 1 año si está amamantando. La dirección del sitio web para obtener más información sobre el WIC es www.azdhs.gov/azwic. El número gratuito de Arizona es 1-800-252-5942.

Head Start

Head Start y Early Head Start son programas de desarrollo infantil que prestan servicios a los niños desde el nacimiento hasta los 5 años de edad, a las mujeres embarazadas y a sus familias. Tienen el objetivo general de mejorar la preparación para la escuela de los niños pequeños de las familias de bajos ingresos. Los niños que se encuentran en hogares de crianza sustitutos califican para participar en los programas de Head Start y tienen prioridad. La dirección del sitio web para obtener más información sobre Head Start es www.azheadstart.org. El número de teléfono es **1-866-763-6481**.

AzEIP

El Programa de Intervención Temprana de Arizona (Arizona Early Intervention Program, AzEIP) es un sistema de programas y servicios que se ofrecen en todo el estado. El AzEIP está destinado a brindar apoyo a las familias de bebés y niños pequeños, desde recién nacidos hasta los 3 años de edad, que tienen discapacidades o retrasos. El objetivo es ayudar a estos niños a alcanzar su máximo potencial. Un niño, desde recién nacido hasta los 3 años de edad, que sea víctima de abuso o abandono puede obtener una evaluación del AzEIP. La dirección del sitio web del AzEIP es www.azdes.gov/azeip/.



El número de teléfono del área de Phoenix es **602-532-9960** y el número de llamada sin costo para las demás áreas del estado es **1-888-439-5609**.

Recursos adicionales para el tratamiento de la obesidad e información nutricional:

- Nutrición, Actividad Física y Obesidad (Nutrition, Physical Activity and Obesity, NUPAO) www.azdhs.gov/phs/bnp/nupao/
- Red de Nutrición de Arizona (Arizona Nutrition Network) www.eatwellbewell.org/

Otros enlaces útiles

- www.healtharizonaplus.gov
- www.azlinks.gov

También puede comunicarse con Servicios para el Afiliado del CMDP para obtener más información y para obtener los servicios de cualquiera de estos programas.

Defensores de los afiliados del CMDP

Un defensor es cualquier persona que apoye o promueva los derechos del afiliado. A continuación, se indican los defensores de los afiliados que se encuentran en hogares de crianza sustitutos. Los defensores pueden proveer apoyo tanto para la salud física como conductual.

- El especialista en seguridad infantil (representante de la custodia), el supervisor o el gerente del programa del especialista en seguridad infantil y el supervisor del afiliado.
- El oficial de libertad condicional de justicia juvenil del afiliado.
- El ayudante el fiscal general (Assistant Attorney General, AAG) asignado al caso del afiliado.
- El Centro de Arizona para la Ley de Discapacidad (Arizona Center for Disability Law), una firma legal no lucrativa de interés público dedicada a la protección y defensa de las personas con discapacidades. La dirección del sitio web para obtener más información es www.acdl.com. El número de teléfono es 602-274-6287 y el número gratuito es 1-800-927-2260.
- Ayudante de Defensa de Ciudadanos de Arizona (Arizona Ombudsman-Citizens Aide). Si cree que un administrador del estado lo ha tratado injustamente, si está en desacuerdo o tiene una disputa con un organismo o un departamento del estado puede comunicarse con el ayudante de defensa de ciudadanos. La dirección del sitio web para obtener más información es www.azleg.gov/ombudsman. El número de teléfono es 602-277-7292 y el número gratuito es 1-800-872-2879.
- El PCP o médico del niño

DEFINICIONES RELATIVAS A LA ATENCIÓN ADMINISTRADA

Una **apelación** es una solicitud para que se revise una decisión de denegar un beneficio o pago.

Un **copago** es un monto de dinero que el afiliado paga directamente a un proveedor en el momento de la prestación de los servicios cubiertos.

El **equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)** se refiere a los equipos y suministros que solicita un proveedor de atención médica para uso diario o prolongado. El DME puede incluir lo siguiente: equipo de oxígeno, sillas de ruedas, muletas o tiras reactivas para diabéticos.



Una **afección médica de emergencia** es una enfermedad, una lesión, un síntoma o una afección tan grave que cualquier persona sensata buscaría atención de inmediato para evitar daños graves.

El **transporte médico de emergencia** hace referencia a los servicios de transporte en ambulancia por una afección médica de emergencia.

La **atención en la sala de emergencias** hace referencia a los servicios de emergencia que recibe en una sala de emergencias.

Los **servicios de emergencia** hacen referencia a la evaluación y el tratamiento de una afección médica de emergencia para evitar que esta empeore.

Los **servicios excluidos** son servicios de atención médica que su plan o seguro de salud no pagan ni cubren.

Una **queja** es una reclamación que puede presentar ante su plan o seguro de salud.

Los **servicios y dispositivos de habilitación** son servicios de atención médica que le permiten mantener, aprender y mejorar las habilidades y el funcionamiento para la vida cotidiana. Entre los ejemplos, se incluye la terapia para un niño que no puede caminar o hablar a la edad prevista. Estos servicios pueden incluir fisioterapia y terapia ocupacional, fonoaudiología y otros servicios para personas con discapacidades en diversos entornos hospitalarios y ambulatorios.

El **seguro de salud** es un contrato que requiere su compañía de seguros de salud para pagar algunos o todos los costos de la atención médica que usted recibe.

La **atención médica en el hogar** son los servicios de atención médica que una persona recibe en el hogar.

Los **servicios para enfermedades terminales** son servicios destinados a proveer alivio y apoyo a las personas que se encuentran en las últimas etapas de una enfermedad terminal y a sus familias.

La **hospitalización** se refiere a la atención en un hospital, lo que incluye el ingreso como paciente hospitalizado y, por lo general, implica la pernoctación. La estancia durante una sola noche para la observación puede considerarse atención ambulatoria.

La **atención ambulatoria hospitalaria** es la atención en un hospital que habitualmente no requiere pernoctación.

La expresión **“necesario desde el punto de vista médico”** hace referencia a los servicios o suministros de atención médica que son necesarios para diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión o afección o sus síntomas, y que cumplen con los estándares aceptados de la medicina.

La **red** hace referencia a los centros, proveedores y suministros que su plan o compañía de seguros de salud contrató para proveer servicios de atención médica.

Un **proveedor no participante** es un proveedor que no tiene contrato con su plan o seguro de salud para prestarle servicios a usted.

Los **servicios brindados por médicos** son servicios de atención médica que provee o coordina un médico con licencia (M.D., doctor en medicina, o D.O., doctor en medicina osteopática).



Un **plan** es una organización o entidad que tiene contrato con el AHCCCS para proveer bienes y servicios a los afiliados, ya sea de forma directa o mediante subcontratos con los proveedores.

Una **autorización previa** es una decisión que toma su plan o seguro de salud con respecto a si un servicio de atención médica, plan de tratamiento, medicamento recetado o equipo médico duradero son necesarios desde el punto de vista médico. También se la conoce como aprobación previa o precertificación. Es posible que su plan o seguro de salud requiera autorización previa para servicios específicos antes de que usted los reciba, excepto en casos de emergencia. La autorización previa no constituye una promesa de que su plan o seguro de salud cubrirá el costo.

Un **proveedor participante** es un proveedor que tiene contrato con su plan o seguro de salud para prestarle servicios a usted.

La **prima** es el monto que paga por su seguro de salud todos los meses. **Los afiliados del CMDP no pagan una prima.**

La **cobertura de medicamentos recetados** es el seguro de salud o plan que ayuda a pagar los medicamentos y medicamentos recetados.

Los **medicamentos recetados** son los medicamentos que, por ley, requieren una receta.

Un **médico de atención primaria (PCP)** es un médico (M.D., doctor en medicina, o D.O., doctor en medicina osteopática) que provee o coordina de forma directa los diversos servicios de atención médica para un paciente.

Un **proveedor de atención primaria** es un médico (M.D., doctor en medicina, o D.O., doctor en medicina osteopática), enfermero certificado, especialista en enfermería clínica o asistente médico que, según lo permite la ley estatal, provee, coordina o ayuda a los pacientes a acceder a los diversos servicios de atención médica.

Un **proveedor** es cualquier persona o entidad que tenga contrato con el AHCCCS o un CMDP para prestarle servicios a usted.

Los **servicios y dispositivos de rehabilitación** son servicios de atención médica que le permiten mantener, recuperar o mejorar las habilidades y el funcionamiento para la vida cotidiana, que haya perdido o que se hayan dañado debido a una enfermedad, lesión o discapacidad. Estos servicios pueden incluir fisioterapia y terapia ocupacional, fonoaudiología y servicios de rehabilitación psiquiátrica en diversos entornos hospitalarios y ambulatorios.

La **atención de enfermería especializada** se refiere a los servicios que prestan los enfermeros con licencia en su hogar o en una residencia de ancianos. Los servicios de atención especializada son prestados por técnicos y terapeutas en su hogar o en una residencia de ancianos.

Un **especialista** es un médico que se dedica a un área específica de la medicina, o a un grupo de pacientes, para diagnosticar, controlar, prevenir o tratar determinados tipos de síntomas y afecciones. Un especialista no médico es un proveedor que tiene más capacitación en un área específica de la atención médica.

La **atención urgente** hace referencia a la atención por una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente grave como para que una persona sensata busque atención de inmediato, pero no tan grave como para requerir atención en una sala de emergencias.



DEFINICIONES RELATIVAS A LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN POR MATERNIDAD

La **atención por maternidad** incluye los servicios que son necesarios desde el punto de vista médico relacionados con todos los aspectos del embarazo. Puede incluir, entre otros, la identificación del embarazo, la atención prenatal, los servicios de trabajo de parto y parto, y la atención posparto. Otros servicios incluyen el asesoramiento necesario desde el punto de vista médico durante el período previo a la concepción (antes del embarazo).

La **coordinación de la atención por maternidad** incluye las actividades de atención por maternidad que ayudan a considerar todos los aspectos del embarazo. Puede incluir la identificación de las necesidades de atención mediante una evaluación de riesgos, el desarrollo de un plan de atención para abordar las necesidades de atención y la supervisión del plan de atención para asegurarse de que se estén abordando todos los servicios de manera adecuada.

Un **enfermero certificado** se refiere a los enfermeros certificados en obstetricia, asistentes de médicos y otros enfermeros de práctica avanzada.

La **atención posparto** se refiere a la atención médica proporcionada hasta 60 días después del parto. Los servicios de planificación familiar están incluidos en este período si los proporciona un médico o un enfermero certificado.

El **asesoramiento sobre preconcepción** se proporciona como parte de la consulta ginecológica anual cuando es necesaria desde el punto de vista médico. Este asesoramiento se centra en la detección temprana y el manejo de los factores de riesgo antes del embarazo, e incluye los esfuerzos por influir en las conductas que pueden afectar al feto (incluso cuando ya se haya confirmado la concepción), así como la atención médica habitual. El propósito del asesoramiento sobre preconcepción es garantizar que la mujer esté saludable antes del embarazo. El asesoramiento sobre preconcepción no incluye el asesoramiento genético.

La **atención prenatal** se refiere a la atención médica proporcionada durante el embarazo e incluye lo siguiente: evaluación temprana y constante de riesgos, educación para la salud y control, intervención y seguimiento médicos.

Un **embarazo de alto riesgo** es aquel en el que la embarazada tiene problemas de salud como asma, presión arterial alta, diabetes, depresión o VIH.

Usted puede haber tenido problemas con un embarazo anterior. Si tiene un embarazo de alto riesgo es posible que deba acudir a su médico obstetra (OB) con mayor frecuencia durante el embarazo.

Un **bebé de bajo peso al nacer** es un bebé que pesa 5 lb, 8 oz, o menos, al nacer. Las mujeres que han tenido bebés de bajo peso al nacer anteriormente deben comunicarse con su médico obstetra tan pronto como sepan que están embarazadas.

La atención prenatal es muy importante. La atención temprana puede reducir su riesgo de tener otro bebé de bajo peso al nacer.

El **administrador de casos de obstetricia** es un enfermero o trabajador social que ayuda a las mujeres embarazadas afiliadas a satisfacer sus necesidades de salud antes, durante y después del



embarazo. El administrador de casos de obstetricia también puede ayudar con las derivaciones a los organismos comunitarios, tales como WIC, salud conductual y Healthy Families.

Un **obstetra** es un médico que atiende a las mujeres cuando están embarazadas, durante el trabajo de parto y el parto, y después de que haya nacido el bebé.

El **médico de medicina materno-fetal** es un especialista en el tratamiento de mujeres embarazadas que padecen de afecciones médicas de alto riesgo durante el embarazo.

Una **enfermera partera certificada** es una enfermera con capacitación especial que puede brindar atención de obstetricia, apoyo y educación a las mujeres durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto, y después del parto.

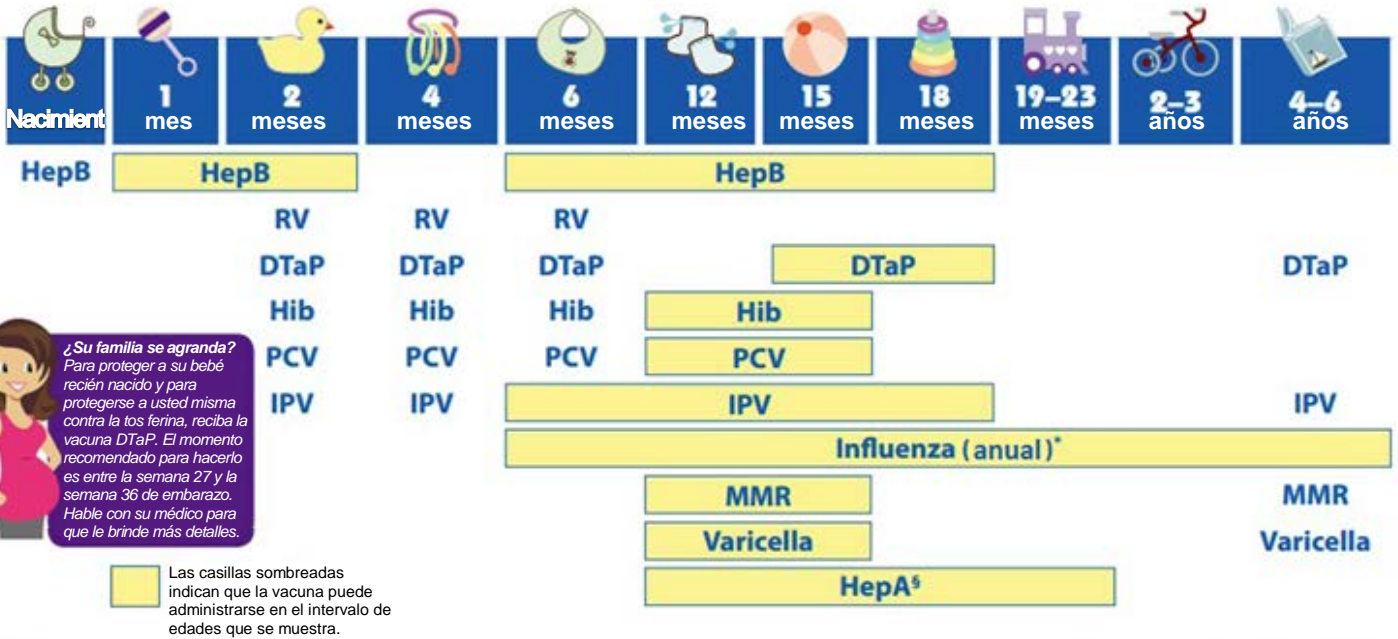
Una **partera con licencia** es una persona con licencia en el estado que puede proporcionar atención de obstetricia, apoyo y educación a mujeres saludables que no presentan riesgos de salud. La partera con licencia brinda este servicio durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto, y durante y después del nacimiento del bebé.

El CMDP no recomienda usar los servicios de parteras, ya que consideramos que nuestras afiliadas están “en riesgo” y recomendamos que las atienda un enfermero certificado o un obstetra/ginecólogo.



ANEXO 1: VACUNAS RECOMENDADAS EN 2017 PARA NIÑOS DESDE EL NACIMIENTO HASTA LOS 6 AÑOS DE EDAD

Vacunas recomendadas en 2017 para niños desde el nacimiento hasta los 6 años de edad



¿Su familia se agranda?
 Para proteger a su bebé recién nacido y para protegerse a usted misma contra la tos ferina, reciba la vacuna DTaP. El momento recomendado para hacerlo es entre la semana 27 y la semana 36 de embarazo. Hable con su médico para que le brinde más detalles.

NOTA:

Si se omite una vacuna de su hijo, no es necesario que empiece de nuevo, solo vaya con el médico de su hijo para que le administre la próxima vacuna. Si tiene preguntas acerca de las vacunas, hable con el médico de su hijo.

NOTAS AL PIE DE PAGINA:

- Se recomiendan dos dosis administradas con al menos cuatro semanas de separación para niños de 6 meses a 8 años de edad que reciben la vacuna contra la influenza por primera vez y para algunos otros niños de este grupo de edades.
 - Se necesitan dos dosis de la vacuna HepA para obtener una protección duradera. La primera dosis de la vacuna HepA debe administrarse entre los 12 y los 23 meses de edad. La segunda dosis debe administrarse entre 6 y 18 meses después. La vacuna HepA se puede administrar a cualquier niño desde los 12 meses para protegerlo contra la HepA. Los niños y adolescentes que no recibieron la vacuna HepA y corren un riesgo alto de contraer la enfermedad deben ser vacunados.
- Si su hijo tiene alguna afección médica que lo ponga en riesgo de contraer infecciones o va a viajar fuera de los Estados Unidos, hable con el médico de su hijo para saber qué otras vacunas podría necesitar.*

CONSULTE EL DORSO PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE LAS ENFERMEDADES QUE PUEDEN PREVENIRSE CON VACUNAS Y LAS VACUNAS QUE LAS PREVIENEN.



Para obtener más información, llame sin costo al **1-800-CDC-INFO (1-800-232-4636)** o visite www.cdc.gov/vaccines/parents



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



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



Enfermedades que pueden prevenirse mediante vacunas y las vacunas que las previenen

Enfermedad	Vacuna	Enfermedad transmitida por	Síntomas de la enfermedad	Complicaciones de la enfermedad
Varicela	Vacuna contra la varicela	Aire, contacto directo	Erupción, cansancio, dolor de cabeza, fiebre	Ampollas infectadas, trastornos hemorrágicos, encefalitis (edema cerebral), neumonía (infección en los pulmones)
Difteria	La vacuna DTaP* protege contra la difteria.	Aire, contacto directo	Dolor de garganta, fiebre leve, debilidad, ganglios inflamados en el cuello	Inflamación del músculo cardíaco, insuficiencia cardíaca, coma, parálisis, muerte
Hib	La vacuna Hib protege contra la <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b.	Aire, contacto directo	Es posible que no haya síntomas, a menos que ingresen bacterias a la sangre	Meningitis (infección de la membrana que recubre el cerebro y la médula espinal), discapacidad intelectual, epiglotitis (infección grave que puede bloquear la tráquea y causar graves problemas en la respiración), neumonía (infección en los pulmones), muerte
Hepatitis A	La vacuna HepA protege contra la hepatitis A.	Contacto directo, agua o alimentos contaminados	Es posible que no haya síntomas, pero puede haber fiebre, dolor de estómago, pérdida del apetito, fatiga, vómito, ictericia (piel y ojos de color amarillento), orina oscura	Insuficiencia hepática, artralgia (dolor en las articulaciones); trastornos renales, pancreáticos y sanguíneos
Hepatitis B	La vacuna HepB protege contra la hepatitis B.	Contacto con la sangre o con líquidos corporales	Es posible que no haya síntomas, pero puede haber fiebre, dolor de cabeza, debilidad, vómito, ictericia (piel y ojos de color amarillento), dolor en las articulaciones	Infección hepática crónica, insuficiencia hepática, cáncer de hígado
Influenza (gripe)	Vacuna contra la gripe	Aire, contacto directo	Fiebre, dolor muscular, dolor de garganta, tos, fatiga extrema	Neumonía (infección en los pulmones)
Sarampión	La vacuna MMR** protege contra el sarampión.	Aire, contacto directo	Erupción, fiebre, tos, secreción nasal, conjuntivitis	Encefalitis (edema cerebral), neumonía (infección en los pulmones), muerte
Paperas	La vacuna MMR** protege contra las paperas.	Aire, contacto directo	Inflamación de las glándulas salivares (debajo de la mandíbula), fiebre, dolor de cabeza, cansancio, dolor muscular	Meningitis (infección de la membrana que recubre el cerebro y la médula espinal), encefalitis (edema cerebral), inflamación de los testículos o de los ovarios, sordera
Tos ferina	La vacuna DTaP* protege contra la tos ferina (tos convulsa).	Aire, contacto directo	Tos grave, secreción nasal, apnea (interrupción de la respiración en los bebés)	Neumonía (infección en los pulmones), muerte
Poliomielitis	La vacuna IPV protege contra la poliomielitis.	Aire, contacto directo, a través de la boca	Es posible que no haya síntomas, pero puede haber dolor de garganta, fiebre, náuseas, dolor de cabeza	Parálisis, muerte
Antineumocócica	La vacuna PCV protege contra el neumococo.	Aire, contacto directo	Es posible que no haya síntomas, pero puede haber neumonía (infección en los pulmones)	Bacteriemia (infección en la sangre), meningitis (infección de la membrana que recubre el cerebro y la médula espinal), muerte
Rotavirus	La vacuna RV protege contra el rotavirus.	A través de la boca	Diarrea, fiebre, vómitos	Diarrea grave, deshidratación
Rubéola	La vacuna MMR** protege contra la rubéola.	Aire, contacto directo	Los niños infectados con el virus de la rubéola suelen tener erupción, fiebre, inflamación de los ganglios linfáticos	Es muy grave en las mujeres embarazadas: puede causar aborto espontáneo, mortinato, parto prematuro, malformaciones congénitas en el bebé
Tétanos	La vacuna DTaP* protege contra el tétanos.	Exposición a través de cortes en la piel	Rigidez en el cuello y en los músculos abdominales, dificultad para tragar, espasmos musculares, fiebre	Quebradura de los huesos, dificultad para respirar, muerte

* La vacuna DTaP ofrece una protección combinada contra la difteria, el tétanos y la tos ferina.

** La vacuna MMR ofrece una protección combinada contra el sarampión, las paperas y la rubéola.

Última actualización: diciembre de 2016 CS272886-E



ANEXO 2: VACUNAS RECOMENDADAS EN 2017 PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 7 A 18 AÑOS DE EDAD

INFORMACIÓN PARA PADRES Y MADRES Vacunas recomendadas para niños y adolescentes de 7 a 18 años de edad, 2017

Hable con el médico o el enfermero de su hijo acerca de las vacunas recomendadas para su edad.

	Gripe <i>Influenza</i>	Tdap Tétanos, difteria, tos ferina	VPH Virus del papiloma humano	Antimeningocócica		Antineumo cócica	Hepatitis B	Hepatitis A	Poliomielitis inactivada	MMR Sarampión, paperas, rubéola	Varicela
				MenACWY	MenB						
7-8 años	Green	Orange		Green		Purple	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange
9-10 años	Green	Orange	Green, Blue	Green		Purple	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange
11-12 años	Green	Orange	Green	Green		Purple	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange
13-15 años	Green	Orange	Orange	Orange		Purple	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange
16-18 años	Green	Orange	Orange	Orange	Blue	Purple	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange

Más información: Los preadolescente y adolescentes deben recibir una vacuna contra la gripe cada año.

Los preadolescentes y adolescentes deben recibir una vacuna Tdap a los 11 o 12 años.

Todos los niños de 11 a 12 años deben recibir dos dosis de la vacuna contra el VPH con un intervalo de por lo menos 6 meses. Quienes tienen sistemas inmunológicos debilitados y los mayores de 18 años deben recibir 3 vacunas.

Todos los niños de 11 a 12 años deben recibir una sola dosis de la vacuna conjugada antimeningocócica a tetravalente (MenACWY). Se recomienda un refuerzo a los 16 años de edad.

Los adolescentes de 16 a 18 años de edad pueden recibir la vacuna MenB.

- Estas casillas sombreadas indican cuándo se recomienda administrar la vacuna a todos los niños, a menos que su médico indique que no es seguro que su hijo reciba la vacuna.
- Estas casillas sombreadas indican que la vacuna debe ser administrada si un niño se está poniendo al día con las vacunas omitidas.
- Estas casillas sombreadas indican que la vacuna se recomienda para niños con determinados estados de salud o estilos de vida que los ponen en riesgo de contraer enfermedades graves. Consulte las recomendaciones específicas de las vacunas en www.cdc.gov/vaccines/pubs/AaPTislhtm
- Estas casillas sombreadas indican que la vacuna se recomienda para niños que no presentan un mayor riesgo de enfermedad, pero desean recibir la vacuna después de hablar con un proveedor.



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



AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS
STRONG MEDICINE FOR AMERICA



FIGURA 1. CALENDARIO DE VACUNACIÓN RECOMENDADO PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES HASTA LOS 18 AÑOS DE EDAD. Estados Unidos, 2017. (PARA QUIENES SE RETRASAN O COMIENZAN MÁS TARDE, CONSULTE EL CALENDARIO DE ACTUALIZACIÓN DE VACUNAS OMITIDAS [FIGURA 2]).

Estas recomendaciones deben leerse junto con las notas al pie de página que siguen. Actualice las vacunas omitidas de quienes se retrasan o comienzan más tarde apenas tenga la oportunidad, tal como se indica en las barras verdes de la Figura 1. Para determinar los intervalos mínimos entre las dosis, consulte el calendario de actualización de vacunas omitidas (Figura 2). Los grupos de vacunación por edad de ingreso a la escuela y de adolescentes están sombreados con gris.

Vacuna	Nacimiento	1 mes	2 meses	4 meses	6 meses	9 meses	12 meses	15 meses	18 meses	19-23 meses	2 a 3 años	4 a 6 años	7 a 10 años	11 a 12 años	13 a 15 años	16 años	17 a 18 años
Hepatitis B ¹ [HepB]	1.ª dosis ←2.ª dosis →				←3.ª dosis →												
Rotavirus ² (RV) RV1 (serie de 2 dosis); RV5 (serie de 3 dosis)			1.ª dosis	2.ª dosis	Ver nota al pie de página 2												
Difteria, tétanos y tos ferina acelular ³ (DtaP: <7 años)			1.ª dosis	2.ª dosis	3.ª dosis			←4.ª dosis →				5.ª dosis					
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b ⁴ (Hib)			1.ª dosis	2.ª dosis	Ver nota al pie de página 4		←3.ª o 4.ª dosis, Ver → nota al pie de página 4										
Antineumocócica conjugada ⁵ (PCV13)			1.ª dosis	2.ª dosis	3.ª dosis	←4.ª dosis →											
Vacuna inactivada contra la poliomielitis ⁶ (IPV: <18 años)			1.ª dosis	2.ª dosis	←3.ª dosis →						4.ª dosis						
Influenza ⁷ (IIV)					Vacuna anual (IIV) 1 o 2 dosis							Vacuna anual (IIV) 1 dosis únicamente					
Sarampión, paperas, rubéola ⁸ (MMR)					Ver nota al pie de página 3		←1.ª dosis →				2.ª dosis						
Varicela ⁸ (VAR)							←1.ª dosis →				2.ª dosis						
Hepatitis A ¹⁰ (HepA)							← serie de 2 dosis; ver nota al pie de página 10 →										
Antimeningocócica ¹¹ (Hib-MenCY ≥6 semanas; MenACWY-D ≥9 meses; MENACWY-CRM ≥2 meses)			Ver nota al pie de página 11														
Tétanos, difteria y tos ferina acelular ¹² (Tdap: ≥7 años)													Tdap				
Virus del papiloma humano ¹³ (VPH)													Ver nota al pie de página 13				
Antimeningocócica B ¹¹													Ver nota al pie de página 11				
Antineumocócica polisacárida ⁵ (PPSV23)											Ver nota al pie de página 5						

Edades recomendadas para todos los niños.
 Edades recomendadas para la actualización de vacunas omitidas.
 Edades recomendadas para determinados grupos de alto riesgo.
 Edades recomendadas para grupos que no son de alto riesgo y que pueden recibir la vacuna, según la decisión que tome la clínica en particular.
 Sin recomendación.

NOTA: Las recomendaciones anteriores deben leerse junto con las notas al pie de página de este programa.



ANEXO 3: CALENDARIO DE VACUNACIÓN RECOMENDADO PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES HASTA LOS 18 AÑOS DE EDAD

Calendario de vacunación recomendado para niños y adolescentes hasta los 18 años de edad. ESTADOS UNIDOS, 2017

Este calendario incluye las recomendaciones que entraron en vigencia a partir del 1 de enero de 2017. Las dosis que no se administren a la edad recomendada deben administrarse en una consulta posterior, cuando se indique y sea posible. Generalmente, se prefiere el uso de una vacuna combinada en lugar de la aplicación de varias inyecciones que contengan los componentes equivalentes. Los proveedores de vacunación deben consultar la declaración pertinente del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP) para obtener recomendaciones más detalladas, disponible en línea en www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/index.html. Las reacciones adversas clínicamente significativas derivadas de la vacunación deben informarse en el Sistema para Informar Reacciones Adversas a las Vacunas (Vaccine Adverse Event Reporting System, VAERS) en línea (www.vaers.hhs.gov) o por teléfono (800-822-7967). Los supuestos casos de enfermedades que pueden prevenirse mediante vacunas deben informarse ante el departamento de salud estatal o local. Para obtener información adicional, incluso las precauciones y las contraindicaciones de la vacunación, consulte al CDC en línea (www.cdc.gov/vaccines/hcp/admin/contraindications.html) o por teléfono (800-CDC-INFO [800-232-4636]).

El calendario de vacunación recomendado para niños y adolescentes hasta los 18 años está aprobado por

Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización
(Advisory Committee on Immunization Practices)
(www.cdc.gov/vaccines/acip)

Academia Estadounidense de Pediatría
(American Academy of Pediatrics)
(www.aap.org)

Academia Estadounidense de Médicos de Familia
(American Academy of Family Physicians)
(www.aafp.org)

Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos
(American College of Obstetricians and Gynecologists)
(www.acog.org)



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



Figura 1. Calendario de vacunación recomendado para niños y adolescentes hasta los 18 años de edad. Estados Unidos, 2017.

(PARA QUIENES SE RETRASAN O COMIENZAN MÁS TARDE, CONSULTE EL CALENDARIO DE ACTUALIZACIÓN DE VACUNAS OMITIDAS [FIGURA 2]).

Estas recomendaciones deben leerse junto con las notas al pie de página que siguen. Actualice las vacunas omitidas de quienes se retrasan o comienzan más tarde apenas tenga la oportunidad, tal como se indica en las barras verdes de la Figura 1. Para determinar los intervalos mínimos entre las dosis, consulte el calendario de actualización de vacunas omitidas (Figura 2). Los grupos de vacunación por edad de ingreso a la escuela y adolescentes están sombreados con gris.

Vacuna	Nacimiento	1 mes	2 meses	4 meses	6 meses	9 meses	12 meses	15 meses	18 meses	19 a 23 meses	2 a 3 años	4 a 6 años	7 a 10 años	11 a 12 años	13 a 15 años	16 años	17 a 18 años
Hepatitis B ¹ [HepB]			1.ª dosis ←2.ª dosis →				←3.ª dosis →										
Rotavirus ² (RV) RV1 (serie de 2 dosis); RV5 (serie de 3 dosis)			1.ª dosis	2.ª dosis	Ver Nota al pie de página 2												
Difteria, tétanos y tos ferina acelular ³ (DtaP; <7 años)			1.ª dosis	2.ª dosis	3.ª dosis			←4.ª dosis →				5.ª dosis					
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b ⁴ (Hib)			1.ª dosis	2.ª dosis	Ver Nota al pie de página 4		←3.ª o 4.ª dosis, Ver → nota al pie de página 4										
Antineumocócica conjugada ⁵ (PCV13)			1.ª dosis	2.ª dosis	3.ª dosis		←4.ª dosis →										
Vacuna inactivada contra la poliomielitis ⁶ (IPV; <18 años)			1.ª dosis	2.ª dosis		←3.ª dosis →						4.ª dosis					
Influenza ⁷ (IIV)																	
Sarampión, paperas, rubéola ⁸ (MMR)						Ver nota al pie de página 3	←1.ª dosis →					2.ª dosis					
Varicela ⁹ (VAR)							←1.ª dosis →					2.ª dosis					
Hepatitis A ¹⁰ [HepA]							← serie de 2 dosis; ver nota al pie de página 10 →										
Antimeningocócica ¹¹ (Hib-MenCY ≥6 semanas; MenACWY-D ≥9 meses; MENACWY-CRM ≥2 meses)															1.ª dosis	2.ª dosis	
Tétanos, difteria y tos ferina acelular ¹² (DTaP; ≥7 años)																	
Virus del papiloma humano ¹³ (VPH)														Ver nota al pie de página 13			
Antimeningocócica B ¹¹																	
Antineumocócica polisacárida ² (PPSV23)																	

Edades recomendadas para todos los niños.
 Edades recomendadas para la actualización de vacunas omitidas.
 Edades recomendadas para determinados grupos de alto riesgo.
 Edades recomendadas para grupos que no son de alto riesgo y que pueden recibir la vacuna, según la decisión que tome la clínica en particular.
 Sin recomendación.

NOTA: Las recomendaciones anteriores deben leerse junto con las notas al pie de página de este programa.



FIGURA 2. Programa de actualización de vacunas omitidas para personas desde los 4 meses hasta los 18 años de edad que empiezan tarde la vacunación o tienen más de 1 mes de retraso en la vacunación. Estados Unidos, 2017.

La siguiente figura proporciona los programas de actualización de vacunas omitidas y los intervalos mínimos entre dosis para niños con retraso en su vacunación. No es necesario reiniciar una SERIE de vacunas, sin importar el tiempo que haya pasado entre las dosis. Consulte la sección correspondiente a la edad del niño. Siempre use esta tabla junto con la Figura 1 y las notas al pie de página que siguen.

Niños de 4 meses a 6 años					
Vacuna	Edad mínima para la dosis 1	Intervalo mínimo entre dosis			
		Dosis 1 a dosis 2	Dosis 2 a dosis 3	Dosis 3 a dosis 4	Dosis 4 a dosis 5
Hepatitis B ¹	Nacimiento	4 semanas	8 semanas y al menos 16 semanas después de la primera dosis. La edad mínima para la última dosis es de 21 semanas.		
Rotavirus ²	6 semanas	4 semanas	4 semanas ²		
Difteria, tétanos y tos ferina acelular ³	6 semanas	4 semanas	4 semanas	6 meses	6 meses ³
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b ⁴	6 semanas	4 semanas Si la primera dosis se administró antes de cumplir 1 año. 8 semanas (como dosis final). Si la primera dosis se administró entre los 12 y los 14 meses. No se requieren más dosis si la primera dosis se administró a los 15 meses o más.	4 semanas ⁴ Si actualmente es menor de 12 meses y la primera dosis se administró antes de los 7 meses, y al menos 1 dosis anterior era PRP-T (ActHib, Pentacel, Hiberix) o desconocida. 8 semanas y de 12 a 59 meses de edad (como dosis final) ⁴ • si la edad actual es menor de 12 meses y la primera dosis se administró entre los 7 y 11 meses de edad; ○ • si la edad actual es de 12 a 59 meses y la primera dosis se administró antes de cumplir 1 año y la segunda dosis se administró antes de los 15 meses de edad; ○ • si ambas dosis fueron de PRP-OMP (PedvaxHIB; Comvax) y se administraron antes de cumplir 1 año. No se requieren más dosis Si la dosis anterior se administró a los 15 meses o más.	8 semanas (como dosis final) Esta dosis solo es necesaria para niños de 12 a 59 meses que recibieron 3 dosis antes de cumplir 1 año.	
Antineumocócica ⁵	6 semanas	4 semanas Si la primera dosis se administró antes de cumplir 1 año. 8 semanas (como dosis final para niños sanos) Si la primera dosis se administró al cumplir 1 año o después. No se requieren más dosis En el caso de niños sanos si la primera dosis se administró a los 24 meses o más.	4 semanas Si la edad actual es menor de 12 meses y la dosis anterior se administró antes de los 7 meses de edad. 8 semanas (como dosis final para niños sanos) Si la dosis anterior se administró entre los 7 y 11 meses (esperar al ○ Si la edad actual es de 12 meses o más y al menos 1 dosis se administró antes de los 12 meses de edad. No se requieren más dosis para niños sanos si la dosis anterior se administró a los 24 meses o más.	8 semanas (como dosis final) Esta dosis solo es necesaria para niños de 12 a 59 meses de edad que recibieron 3 dosis antes de los 12 meses de edad, o para niños en el grupo de alto riesgo que recibieron 3 dosis a cualquier edad.	
Vacuna inactivada contra la poliomielitis ⁶	6 semanas	4 semanas ⁶	4 semanas ⁶	6 meses ⁶ (mínimo 4 años de edad para la dosis final)	
Sarampión, paperas, rubéola ⁸	12 meses	4 semanas			
Varicela ⁹	12 meses	3 meses			
Hepatitis A ¹⁰	12 meses	6 meses			
Antimeningocócica ¹¹ (Hib-menCY ≥6 semanas; MenACWY-D ≥9 meses; MenACWY-CRM ≥2 meses)	6 semanas	8 semanas ¹¹	Ver nota al pie de página 11	Ver nota al pie de página 11	
Niños y adolescentes de 7 a 18 años de edad					
Antimeningocócica ¹¹ MenACWY-D ≥9 meses; MenACWY-CRM ≥2 meses	No se aplica (N/A)	8 semanas ¹¹			
Tétanos, difteria; tétanos, difteria y tos ferina acelular ¹²	7 años ¹²	4 semanas	4 semanas Si la primera dosis de DTaP/DT se administró antes de cumplir 1 año. 6 meses (como dosis final) Si la primera dosis de DTaP/DT se administró al cumplir 1 año o después.	6 meses si la primera dosis de DTaP/DT se administró antes de cumplir 1 año.	
Virus del papiloma humano ¹³	9 años	Ser recomiendan los intervalos de dosificación de rutina. ¹³			
Hepatitis A ¹⁰	N/A	6 meses			
Hepatitis B ¹	N/A	1 semana	8 semanas y al menos 16 semanas después de la primera dosis.		
Vacuna inactivada contra la poliomielitis ⁶	N/A	4 semanas	4 semanas ⁶	6 meses ⁶	
Sarampión, paperas, rubéola	N/A	4 semanas			
Varicela ⁹	N/A	3 meses si es menor de 13 años; 4 semanas si tiene 13 años o más.			

NOTA: Las recomendaciones anteriores deben leerse junto con las notas al pie de página de este programa.



Figura 3. Vacunas que podrían estar indicadas para niños y adolescentes hasta los 18 años de edad según lo que determine el médico.

VACUNA ▼	INDICACIÓN ►	Embarazo	Estado inmunodeficiente (sin incluir la infección por VIH)	INFECCIÓN POR VIH RECUENTO DE CD4+ (células/ μ L)		Insuficiencia renal, enfermedad renal en etapa terminal, paciente en hemodiálisis	Enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar crónica	Pérdidas de líquido cefalorraquídeo/implantes cocleares	Asplenia y deficiencias persistentes de componentes del complemento	Enfermedad hepática crónica	Diabetes
				<15 % del recuento total de células CD4	\geq 15 % del recuento total de células CD4						
Hepatitis B ¹											
Rotavirus ²			SCID*								
Difteria, tétanos y tos ferina acelular ³ (DTaP)											
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b ⁴											
Antineumocócica conjugada ⁵											
Vacuna inactivada contra la poliomielitis ⁶											
Influenza ⁷											
Sarampión, paperas, rubéola ⁸											
Varicela ⁹											
Hepatitis A ¹⁰											
Antimeningocócica ACWY ¹¹											
Tétanos, difteria y tos ferina acelular ¹² (Tdap)											
Virus del papiloma humano ¹³											
Antimeningocócica B ¹¹											
Antineumocócica polisacárida ⁵											

Vacunación de acuerdo con el programa de rutina recomendado.
 Recomendado para personas con un factor de riesgo adicional para el que se indicaría la vacuna.
 Se recomienda la vacunación y es posible que sean necesarias dosis adicionales según la afección médica. Ver las notas al pie de página.
 Sin recomendación
 Contraindicado
 Precaución para la vacunación

*Inmunodeficiencia combinada grave

NOTA: Las recomendaciones anteriores deben leerse junto con las notas al pie de página de este programa.



Notas al pie de página: Calendario de vacunación recomendado para niños y adolescentes hasta los 18 años de edad. ESTADOS UNIDOS, 2017.

Para obtener más orientación sobre la aplicación de las vacunas que se mencionan a continuación, visite www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/index.html.

Para conocer las recomendaciones de vacunación para personas mayores de 19 años de edad, consulte el Programa de Vacunación para Adultos.

Información adicional

- Para obtener información sobre las contraindicaciones y precauciones de una vacuna y para obtener información adicional sobre dicha vacuna, los proveedores de vacunación deberán consultar las Recomendaciones Generales de Vacunación del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP) y la declaración pertinente del ACIP, disponible en línea en www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/index.html.
- A los efectos de calcular los intervalos entre las dosis, 4 semanas = 28 días. Los intervalos de 4 meses o más se determinan según los meses calendario.
- Las dosis de vacunas administradas ≥ 4 días antes del intervalo mínimo se consideran válidas. Las dosis de cualquier vacuna administradas ≥ 5 días antes del intervalo mínimo o de la edad mínima no se considerarán como dosis válidas y se las deberá repetir a la edad adecuada. La dosis repetida deberá estar separada de la dosis inválida por el intervalo mínimo recomendado. Para obtener más detalles, consulte la Tabla I: Edades e intervalos mínimos y recomendados entre las dosis de vacunas, en el Informe Semanal de Morbilidad y Mortalidad (Morbidity and Mortality Weekly Report, MMWR), "General Recommendations on Immunization and Reports" (Recomendaciones Generales de Vacunación e Informes)/Vol. 60/No. 2, disponible en línea en www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr6002.pdf.
- La información sobre los requisitos y recomendaciones de vacunación para viajes está disponible en wwwnc.cdc.gov/travel/.
- Para la vacunación de personas con inmunodeficiencias primarias y secundarias, consulte la Tabla 13: Vacunación de personas con inmunodeficiencias primarias y secundarias, en las Recomendaciones Generales de Vacunación (ACIP), disponible en www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr6002.pdf, e "Immunization in Special Clinical Circumstances" (Vacunación en circunstancias clínicas especiales), de la Academia Estadounidense de Pediatría (American Academy of Pediatrics). En Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, Long SS, eds. Red Book: 2015 report of the Committee on Infectious Diseases, 30th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 2015:68-107.
- El Programa Nacional de Compensación por Lesiones Ocasionadas por Vacunas (National Vaccine Injury Compensation Program, VICP) es una alternativa sin culpa al sistema legal tradicional para resolver demandas por lesiones causadas por vacunas. Creado por la Ley Nacional de Lesiones en Niños por Vacunas (National Childhood Vaccine Injury Act) de 1986, les ofrece compensación a las personas cuando se determine que sufrieron lesiones a raíz de determinadas vacunas. Todas las vacunas dentro del calendario de vacunación infantil recomendado están cubiertas por el VICP, a excepción de la vacuna antineumocócica polisacárida (PPSV23). Para obtener más información; visite www.hrsa.gov/vaccinecompensation/index.html.

1. Vacuna para la hepatitis B (HepB). (Edad mínima: nacimiento)

Vacunación de rutina:

Al nacer:

- Administrar la vacuna HepB monovalente a todos los recién nacidos dentro de las 24 horas de su nacimiento.
- En el caso de los bebés nacidos de madres con antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg), administrar la vacuna HepB junto con 0.5 ml de inmunoglobulina de hepatitis B (HBIG) dentro de las 12 horas del nacimiento. A estos bebés se les deberá hacer un análisis de HBsAg y anticuerpos a la HBsAg (anti-HB) entre los 9 y 12 meses de edad (preferentemente en la siguiente revisión preventiva del bebé); o 1 o 2 meses después de completar la serie de HepB, si esta se retrasó.
- Si se desconoce el estado de HBsAg de la madre, administrar dentro de las 12 horas del nacimiento la vacuna HepB, independientemente del peso al nacer. En el caso de los bebés que pesan menos de 2000 gramos, administrar HBIG además de la vacuna HepB dentro de las 12 horas del nacimiento. Determinar el estado de HBsAg de la madre tan pronto como sea posible y, si el resultado de la madre es positivo para HBsAg, administrar también HBIG a los bebés que pesen 2000 gramos o más,

tan pronto como sea posible, pero no después de los 7 días de edad.

Dosis posteriores a la dosis de nacimiento:

- La segunda dosis se debe administrar a los 1 o 2 meses de edad. Para las dosis administradas antes de las 6 semanas de edad, se deberá aplicar la vacuna HepB monovalente.
- Los bebés que no recibieron una dosis al nacer deberán recibir 3 dosis de una vacuna que contenga HepB en un calendario de 0, 1 a 2 meses, y 6 meses, que comience tan pronto como sea posible (ver la Figura 2).
- Administrar la segunda dosis 1 a 2 meses después de la primera dosis (intervalo mínimo de 4 semanas); administrar la tercera dosis al menos 8 semanas después de la segunda dosis Y al menos 16 semanas después de la **primera** dosis. La dosis final (tercera o cuarta) en la serie de vacunas para la HepB se deberá administrar **no antes de las 24 semanas de edad**.
- La administración de un total de 4 dosis de la vacuna HepB está permitida cuando se administra una vacuna combinada que contiene HepB después de la dosis del nacimiento.

Actualización de vacunas omitidas:

- Las personas sin vacunar deberán recibir una serie de 3 dosis.

- Una serie de 2 dosis (dosis separadas por al menos 4 meses) de Recombivax HB, formulación para adultos, está autorizada para niños de entre los 11 y los 15 años de edad.
- Para obtener más orientación sobre la actualización de vacunas omitidas, consulte la Figura 2.

2. Vacunas para el rotavirus (RV) (Edad mínima: 6 semanas para ambas RV1 [Rotarix] y RV5 [RotaTeq]).

Vacunación de rutina:

Administrar una serie de la vacuna RV a todos los bebés de la siguiente forma:

1. Si se usa Rotarix, administrar una serie de 2 dosis a los 2 y a los 4 meses de edad.
2. Si se usa RotaTeq, administrar una serie de 3 dosis a los 2, 4 y 6 meses de edad.
3. Si cualquier dosis en la serie fue de RotaTeq, o si se desconoce el producto con el que se vacunó para cualquiera de las dosis de la serie, se deberá administrar un total de 3 dosis de la vacuna RV.

Actualización de vacunas omitidas:

- La edad máxima para la primera dosis de la serie es de 14 semanas, 6 días; no se deberá iniciar la vacunación en bebés de 15 semanas, 0 días, o más.
- La edad máxima para la dosis final de la serie es de 8 meses, 0 días.



Para obtener más orientación sobre la aplicación de las vacunas que se mencionan a continuación, visite www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/index.html.

- Para obtener más orientación sobre la actualización de vacunas omitidas, consulte la Figura 2.
- 3. Vacuna para los toxoides diftéricos y tetánicos y la tos ferina acelular (DTaP). (Edad mínima: 6 semanas. Excepción: DTaP-IPV [Kinrix, Quadracel]: 4 años)**
Vacunación de rutina:
- Administrar una serie de 5 dosis de la vacuna DTaP a los 2, 4, 6, 15 y hasta los 18 meses de edad, y de los 4 a los 6 años de edad. La cuarta dosis se puede administrar tan pronto como a los 12 meses de edad, siempre que hayan transcurrido al menos 6 meses desde la tercera dosis.
 - Administración involuntaria de una cuarta dosis de DTaP antes de tiempo: si la cuarta dosis de DTaP se administró al menos 4 meses después de la tercera dosis de DTaP y el niño tenía 12 meses de edad o más, no será necesario repetirla.
- Actualización de vacunas omitidas:**
- No es necesario administrar la quinta dosis de la vacuna DTaP si la cuarta dosis fue administrada a los 4 años de edad o más.
 - Para obtener más orientación sobre la actualización de vacunas omitidas, consulte la Figura 2.
- 4. Vacuna conjugada para *haemophilus influenzae* tipo b (Hib). (Edad mínima: 6 semanas para PRP-T [ActHIB, DTaP-IPV/Hib (Pentacel), Hiberix y Hib-MenCY (MenHibrix)], PRP-OMP [PedvaxHIB])**
Vacunación de rutina:
- Administrar una serie primaria de 2 o 3 dosis de la vacuna Hib y una dosis de refuerzo (dosis 3 o 4, según la vacuna usada en la serie primaria) entre los 12 y los 15 meses de edad para terminar una serie completa de vacunas contra la Hib.
 - La serie primaria con ActHIB, MenHibrix, Hiberix o Pentacel consta de 3 dosis y se la deberá administrar a los 2, 4 y 6 meses de edad. La serie primaria con PedvaxHIB consta de 2 dosis y se la deberá administrar a los 2 y 4 meses de edad; no está indicada una dosis a los 6 meses de edad.
 - Se deberá administrar una dosis de refuerzo (dosis 3 o 4, según la vacuna usada en la serie primaria) de cualquier vacuna Hib de los 12 a los 15 meses de edad.
 - Para obtener recomendaciones sobre el uso de MenHibrix en pacientes con un mayor riesgo de contraer la enfermedad meningocócica, consulte las notas al pie de página para la vacuna antimeningocócica y también el *MMWR*, 28 de febrero de 2014/63(RR01):1-13, disponible en www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr6301.pdf
- Actualización de vacunas omitidas:**
- Si se administró la dosis 1 entre los 12 y los 14 meses de edad, administrar una segunda dosis (final) al menos 8 semanas después de la dosis 1, sin importar qué vacuna Hib se haya aplicado en la serie primaria.
 - Si ambas dosis fueron de PRP-OMP (PedvaxHIB o COMVAX) y se administraron antes de cumplir un año, la tercera dosis (y final) se deberá administrar entre los 12 y los 59 meses de edad, y al menos 8 semanas después de la segunda dosis.
 - Si la primera dosis se administró entre los 7 y los 11 meses de edad, administrar la segunda dosis al menos 4 semanas después y la tercera dosis (y final) entre los 12 y los 15 meses de edad, u 8 semanas después de la segunda dosis, lo que ocurra después.
 - Si la primera dosis se administró antes de cumplir un año y la segunda dosis se administró antes de los 15 meses, se deberá administrar una tercera dosis (y final) 8 semanas después.
 - En el caso de los niños no vacunados de entre 15 y 59 meses de edad, administrar solamente 1 dosis.
 - Para obtener más orientación sobre la actualización de vacunas omitidas, consulte la Figura 2. Para obtener orientación sobre la actualización de vacunas omitidas relacionada con MenHibrix, consulte las notas al pie de página sobre la vacuna antimeningocócica y también el *MMWR* del 28 de febrero de 2014/63(RR01): 1-13, disponible en www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr6301.pdf.
- Vacunación de personas con afecciones de alto riesgo:**
 Los niños de entre 12 y 59 meses de edad que tienen un mayor riesgo de contraer Hib, incluidos quienes recibieron quimioterapia y aquellos con asplenia anatómica o funcional (incluida la anemia drepanocítica), infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), deficiencia de inmunoglobulina o deficiencia temprana del componente del complemento, que no hayan recibido dosis, o que hayan recibido solamente 1 dosis de la vacuna Hib antes de los 12 meses de edad, deberán recibir 2 dosis adicionales de la vacuna Hib, con 8 semanas de separación; los niños que hayan recibido 2 dosis o más de la vacuna Hib antes de los 12 meses de edad deberán recibir 1 dosis adicional.
- En el caso de los pacientes menores de 5 años de edad que están recibiendo quimioterapia o radioterapia y que hayan recibido una dosis de la vacuna Hib en el plazo de 14 días de iniciada la terapia o durante la terapia, se deberá repetir la dosis al menos 3 meses después de la finalización de la terapia.
 - Quienes hayan recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas (hematopoietic stem cell transplant, HSCT) deberán recibir nuevamente la vacuna en un régimen de 3 dosis de la vacuna Hib comenzando de 6 a 12 meses después de un trasplante exitoso, independientemente de los antecedentes de vacunación; las dosis se deberán administrar con una separación mínima de 4 semanas.
- Se deberá administrar una única dosis de cualquier vacuna que contenga Hib a los niños y adolescentes mayores de 15 meses de edad que no estén vacunados* y que se vayan a someter a una esplenectomía programada; de ser posible, la vacuna se deberá administrar al menos 14 días antes del procedimiento.
 - La vacuna Hib no se recomienda habitualmente para pacientes mayores de 5 años de edad. No obstante, se les deberá administrar 1 dosis de la vacuna Hib a personas no vacunadas mayores de 5 años de edad con asplenia anatómica o funcional (incluida la anemia drepanocítica) y a personas no vacunadas de entre 5 y 18 años de edad con infección por VIH.
 *Se considera no vacunados a los pacientes que no hayan recibido una serie primaria ni una dosis de refuerzo o al menos 1 dosis de la vacuna Hib después de los 14 meses de edad.
- 5. Vacunas antineumocócicas. (Edad mínima: 6 semanas para PCV13, 2 años para PPSV23)**
Vacunación de rutina con PCV13:
- Administrar una serie de 4 dosis de la vacuna PCV13 a los 2, 4 y 6 meses, y de los 12 a los 15 meses de edad.
- Actualización de vacunas omitidas con PCV13:**
- Administrar 1 dosis de PCV13 a todos los niños sanos de entre 24 y 59 meses de edad que no estén totalmente vacunados para su edad.
 - Para obtener más orientación sobre la actualización de vacunas omitidas, consulte la Figura 2.
- Vacunación con PCV13 y PPSV23 de personas con afecciones de alto riesgo:**
- Todas las dosis recomendadas de PCV13 se deberán administrar antes de la vacunación para PPSV23, de ser posible.



Para obtener más orientación sobre la aplicación de las vacunas que se mencionan a continuación, visite www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/index.html.

- En el caso de los niños de entre 2 y 5 años de edad con cualquiera de las siguientes enfermedades: enfermedad cardíaca crónica (en particular, enfermedad cardíaca congénita cianótica e insuficiencia cardíaca); enfermedad pulmonar crónica (que incluye el asma, si se trata con dosis altas de corticosteroides orales); diabetes mellitus; pérdida de líquido cefalorraquídeo; implante coclear; anemia drepanocítica y otras hemoglobinopatías; asplenia anatómica o funcional; infección por VIH; insuficiencia renal crónica; síndrome nefrótico; enfermedades asociadas con el tratamiento con fármacos inmunosupresores o radioterapia, incluidas las neoplasias malignas, leucemias, linfomas y enfermedad de Hodgkin; trasplante de vísceras macizas; una inmunodeficiencia congénita:
 1. Administrar 1 dosis de PCV13 si se recibió anteriormente una serie incompleta de 3 dosis de PCV13.
 2. Administrar 2 dosis de PCV13 con al menos 8 semanas de separación si la persona no está vacunada o si recibió anteriormente una serie incompleta de menos de 3 dosis de PCV13.
 3. El intervalo mínimo entre dosis de PCV13 es de 8 semanas.
 4. En el caso de los niños que no tienen antecedentes de vacunación para PPSV23, administrar PPSV23 al menos 8 semanas después de la dosis más reciente de PCV13.
 - En el caso de los niños de entre 6 y 18 años de edad que tienen pérdida de líquido cefalorraquídeo; implante coclear; anemia drepanocítica y otras hemoglobinopatías; asplenia anatómica o funcional; inmunodeficiencias congénitas o adquiridas; infección por VIH; insuficiencia renal crónica; síndrome nefrótico; enfermedades asociadas con el tratamiento con fármacos inmunosupresores o radioterapia, incluidos neoplasias malignas, leucemias, linfomas y enfermedad de Hodgkin; cáncer generalizado; trasplante de órgano sólido o mieloma múltiple:
 1. Si no se hubieran recibido anteriormente vacunas de PCV13 ni PPSV23, administrar 1 dosis de PCV13 ahora y 1 dosis de PPSV23 al menos 8 semanas después.
 2. Si se hubiera recibido anteriormente la vacuna de PCV13, pero no PPSV23, administrar 1 dosis de PPSV23 al menos 8 semanas después de la dosis más reciente de PCV13.
 3. Si se hubiera recibido anteriormente la vacuna de PPSV23, pero no PCV13, administrar 1 dosis de PCV13 al menos 8 semanas después de la dosis más reciente de PPSV23.
 - En el caso de los niños de entre 6 y 18 años de edad con enfermedad cardíaca crónica (en particular, enfermedad cardíaca congénita cianótica e insuficiencia cardíaca); enfermedad pulmonar crónica (que incluye el asma, si se trata con dosis altas de corticosteroides orales); diabetes mellitus; alcoholismo o enfermedad hepática crónica, que no hayan recibido PPSV23, administrar 1 dosis de PPSV23. Si la persona hubiera recibido anteriormente la vacuna de PCV13, entonces se deberá administrar PPSV23 al menos 8 semanas después de cualquier dosis previa de PCV13.
 - Se deberá realizar una sola revacunación con PPSV23 5 años después de la primera dosis a niños con anemia drepanocítica u otras hemoglobinopatías; asplenia anatómica o funcional; inmunodeficiencias congénitas o adquiridas; infección por VIH; insuficiencia renal crónica; síndrome nefrótico; enfermedades asociadas con el tratamiento con fármacos inmunosupresores o radioterapia, incluidos neoplasias malignas, leucemias, linfomas y enfermedad de Hodgkin; cáncer generalizado; trasplante de órgano sólido o mieloma múltiple.
- 6. Vacuna inactivada contra la poliomielitis (IPV). (Edad mínima: 6 semanas)**
Vacunación de rutina:
- Administrar una serie de 4 dosis de la vacuna IPV a los 2, 4, 6 y hasta los 18 meses de edad, y de los 4 a los 6 años de edad. La dosis final de la serie se deberá administrar al cumplir los 4 años o después, y al menos 6 meses después de la dosis anterior.
- Actualización de vacunas omitidas:**
- En los primeros 6 meses de vida, la edad mínima y los intervalos mínimos se recomiendan únicamente si la persona presenta riesgo de exposición inminente al poliovirus circulante (p. ej., viaja a una región con poliomielitis endémica o durante un brote de la enfermedad).
 - Si se administran 4 o más dosis antes de los 4 años de edad, se deberá administrar una dosis adicional entre los 4 y los 6 años; y al menos 6 meses después de la dosis anterior.
 - No es necesario administrar una cuarta dosis si la tercera dosis fue administrada a los 4 años de edad o más, y al menos 6 meses después de la dosis anterior.
- 7. Vacunas contra la influenza. (Edad mínima: 6 meses para la vacuna inactivada contra la influenza [IIV], 18 años para la vacuna recombinante contra la influenza [RIV])**
Vacunación de rutina:
- Administrar la vacuna contra la influenza de forma anual a todos los niños a partir de los 6 meses de edad. Para la temporada 2016-2017, se desaconseja el uso de la vacuna viva atenuada contra la influenza (LAIV).
- Para niños de entre 6 meses y 8 años de edad:**
- Para la temporada 2016-2017, administrar 2 dosis (con una separación de al menos 4 semanas) a niños que estén recibiendo la vacuna contra la influenza por primera vez o que no hayan recibido anteriormente ≥ 2 dosis de la vacuna trivalente o tetravalente contra la influenza antes del 1 de julio de 2016. Para obtener orientación adicional, siga las directrices de administración de dosis en las recomendaciones para la vacuna contra la influenza para 2016-2017 del ACIP (consulte el *MMWR*, 26 de agosto de 2016,65[5]:1-54, disponible en www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/rr/pdfs/r6505.pdf).
 - Para la temporada 2017-2018, siga las directrices de administración de dosis en las recomendaciones para la vacuna contra la influenza para 2017-2018 del ACIP.
- Para personas mayores de 9 años de edad.**
- Administrar 1 dosis.
- Vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola (MMR) (Edad mínima: 12 meses para la vacunación de rutina)**
Vacunación de rutina:
- Administrar una serie de 2 dosis de la vacuna MMR entre los 12 y los 15 meses de edad, y entre los 4 a los 6 años de edad. La segunda dosis se puede administrar antes de los 4 años de edad, siempre que hayan transcurrido al menos 4 semanas desde la primera dosis.



Para obtener más orientación sobre la aplicación de las vacunas que se mencionan a continuación, visite www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/index.html.

- Administrar 1 dosis de la vacuna MMR a bebés entre 6 y 11 meses de edad antes de salir de EE. UU. para viajar a otro país. A estos niños se los deberá volver a vacunar con 2 dosis de la vacuna MMR, la primera entre los 12 y los 15 meses de edad (12 meses si el niño está en un área donde el riesgo de contraer la enfermedad es alto), y la segunda dosis al menos 4 semanas después.

- Administrar 2 dosis de la vacuna MMR a niños mayores de 12 meses de edad antes de salir de EE. UU. para viajar a otro país. La primera dosis se deberá administrar a los 12 meses de edad o después, y la segunda dosis al menos 4 semanas después.

Actualización de vacunas omitidas:

- Garantizar que todos los niños y adolescentes en edad escolar hayan recibido al menos 2 dosis de la vacuna MMR; el intervalo mínimo entre las 2 dosis es de 4 semanas.

9. Vacuna para la varicela (VAR). (Edad mínima: 12 meses) Vacunación de rutina:

- Administrar una serie de 2 dosis de la vacuna VAR entre los 12 y los 15 meses de edad, y entre los 4 y los 6 años de edad. La segunda dosis se puede administrar antes de los 4 años de edad, siempre que hayan transcurrido al menos 3 meses desde la primera dosis. Si la segunda dosis se administró al menos 4 semanas después de la primera dosis, puede ser aceptada como válida.

Actualización de vacunas omitidas:

- Garantizar que todas las personas entre 7 y 18 años de edad sin evidencia de vacunación (consulte el *MMWR*, 2007;56 [No. RR-4], disponible en www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr5604.pdf), reciban 2 dosis de la vacuna contra la varicela. En el caso de los niños de entre 7 y 12 años de edad, el intervalo mínimo recomendado entre las dosis es de 3 meses (si la segunda dosis se administró al menos 4 semanas después de la primera dosis, puede ser aceptada como válida); en el caso de las personas mayores de 13 años de edad, el intervalo mínimo entre dosis es de 4 semanas.

10. Vacuna para la hepatitis A (HepA). (Edad mínima: 12 meses) Vacunación de rutina:

- Iniciar la serie de 2 dosis de la vacuna HepA entre los 12 y los 23 meses de edad; separar las 2 dosis por un período de 6 a 18 meses.
- Los niños que hayan recibido 1 dosis de la vacuna HepA antes de los 24 meses de edad deberán recibir una segunda dosis entre 6 y 18 meses después de la primera dosis.
- En el caso de cualquier persona mayor de 2 años de edad que no hubiera recibido la serie de vacunas HepA, se podrán administrar 2 dosis de la vacuna HepA separadas por un período de 6 a

18 meses si se desea inmunizar contra la infección por el virus de la hepatitis A.

Actualización de vacunas omitidas:

- El intervalo mínimo entre las 2 dosis es de 6 meses.

Poblaciones especiales:

- Administrar 2 dosis de la vacuna HepA con una separación de al menos 6 meses a personas anteriormente no vacunadas que viven en áreas donde los programas de vacunación están dirigidos a niños más grandes, o que tienen un riesgo de contraer la infección. Esto incluye a personas que viajan o que trabajan en países con una endemicidad de infección alta o intermedia; hombres que tienen sexo con otros hombres; consumidores de drogas ilegales, inyectables o no; personas que trabajan con primates infectados con HAV o con HAV en un laboratorio de investigación; personas con trastornos del factor de coagulación; personas con enfermedad hepática crónica, y personas que anticipan contacto cercano y personal (p. ej., al estar en la misma casa o al proporcionar cuidados con regularidad) con una persona adoptada internamente durante los primeros 60 días posteriores a la llegada a Estados Unidos desde un país con una endemicidad alta o intermedia. La primera dosis se deberá administrar tan pronto como se planifique la adopción, idealmente, 2 semanas o más antes de la llegada de la persona adoptada.

11. Vacunas antimeningocócicas. (Edad mínima: 6 semanas para Hib-MenCY [MenHibrix], 2 meses para MenACWY-CRM [Menveo], 9 meses para MenACWY-D [Menactra], 10 años para las vacunas antimeningocócicas del serotipo B [MenB]: MenB- 4C [Bexsero] y MenB-FHbp [Trumenba])

Vacunación de rutina:

- Administrar una única dosis de Menactra o Menveo entre los 11 y los 12 años de edad, con una dosis de refuerzo a los 16 años de edad.
- En el caso de los niños de entre 2 meses y 18 años de edad con afecciones de alto riesgo, ver a continuación la vacuna conjugada antimeningocócica ACWY para personas con afecciones de alto riesgo y otras personas con riesgo aumentado y la vacuna antimeningocócica B para personas con afecciones de alto riesgo y otras personas con mayor riesgo de contraer la enfermedad.

Actualización de vacunas omitidas:

- Administrar la vacuna Menactra o Menveo entre los 13 y los 18 años de edad, si la persona no fue vacunada anteriormente.
- Si la primera dosis se administró entre los 13 y los 15 años de edad, se deberá administrar una dosis de refuerzo entre los 16 y los 18 años de edad, con un intervalo mínimo de al menos 8 semanas entre las dosis.

- Si la primera dosis se administró a los 16 años de edad o más, no será necesario un refuerzo.
- Para obtener más orientación sobre la actualización de vacunas omitidas, consulte la Figura 2.

Criterio clínico:

- Los jóvenes de entre 16 y 23 años de edad (el rango de edades preferido es entre 16 y 18 años) que no corren un mayor riesgo de contraer la enfermedad meningocócica pueden ser vacunados con una serie de 2 dosis de Bexsero (0, ≥1 mes) o Trumenba (0,6 meses) para proporcionar una protección a corto plazo contra la mayoría de las cepas de la enfermedad meningocócica del serotipo B. Las dos vacunas MenB no son intercambiables; el mismo producto se debe usar para todas las dosis de vacunación.
- Si se administra la segunda dosis de Trumenba en un intervalo <6 meses, se deberá administrar una tercera dosis al menos 6 meses después de la primera dosis; el intervalo mínimo entre la segunda y la tercera dosis es de 4 semanas.

Vacunación con la vacuna conjugada antimeningocócica ACWY de personas con afecciones de alto riesgo y de otras personas que presentan un mayor riesgo:

Niños con asplenia anatómica o funcional (incluida la anemia drepanocítica), niños con infección por VIH o niños con deficiencia persistente del componente del complemento. (Incluye personas con deficiencias heredadas o crónicas que reciben eculizumab [Soliris]):

- **Menveo**
 - o Niños que inician la vacunación a las 8 semanas. Administrar dosis a los 2, 4, 6 y 12 meses.
 - o Niños no vacunados que inician la vacunación entre los 7 y los 23 meses. Administrar 2 dosis primarias, con la segunda dosis al menos 12 semanas después de la primera dosis Y antes de cumplir un año.
 - o Niños de 24 meses de edad o más que no hayan recibido una serie completa. Administrar 2 dosis primarias con al menos 8 semanas de separación.
- **MenHibrix**
 - o Niños que inician la vacunación a las 6 semanas. Administrar dosis a los 2, 4, 6 meses de edad, y entre los 12 y los 15 meses.
 - o Si la primera dosis de MenHibrix se administra a los 12 meses de edad o después, se deberá administrar un total de 2 dosis con al menos 8 semanas de separación para garantizar la protección contra los serotipos C e Y de la enfermedad meningocócica.
- **Menactra**
 - o **Niños con asplenia anatómica o funcional o con infección por VIH**



Para obtener más orientación sobre la aplicación de las vacunas que se mencionan a continuación, visite www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/index.html.

- *Niños de 24 meses de edad o más que no hayan recibido una serie completa.* Administrar 2 dosis primarias con al menos 8 semanas de separación. Si se administra Menactra a un niño con asplenia (incluida la anemia drepanocítica) o infección por VIH, no administrar Menactra hasta los 2 años de edad y por al menos 4 semanas después de la finalización de todas las dosis de PCV13.

o **Niños con deficiencia persistente del componente del complemento**

- *Niños de entre 9 y 23 meses.*

Administrar 2 dosis primarias con al menos 12 semanas de separación.

- *Niños de 24 meses de edad o más que no hayan recibido una serie completa.*

Administrar 2 dosis primarias con al menos 8 semanas de separación.

o **Todos los niños con alto riesgo**

- Si se debe administrar Menactra a un niño con alto riesgo de contraer la enfermedad meningocócica, se recomienda que se administre Menactra antes o al mismo tiempo que DTaP.

Vacunación con la vacuna antimeningocócica B de personas con afecciones de alto riesgo y otras personas que presentan un mayor riesgo de contraer la enfermedad: Niños con asplenia anatómica o funcional (incluida la anemia drepanocítica) o niños con deficiencia persistente del componente del complemento (incluye personas con deficiencias heredadas o crónicas de C1 C5-9, properdina, factor D, factor H, o que están tomando eculizumab [Soliris]):

• **Bexsero o Trumenba**

o *Personas de 10 años de edad o más que no hayan recibido una serie completa.* Administrar una serie de 2 dosis de Bexsero, con una separación entre dosis de al menos 1 mes, o una serie de 3 dosis de Trumenba, con la segunda dosis separada por 1 a 2 meses de la primera y la tercera dosis al menos 6 meses después de la primera. Las dos vacunas MenB no son intercambiables; el mismo producto se debe usar para todas las dosis de vacunación.

En el caso de niños que viajan o viven en países donde la enfermedad meningocócica es hiperendémica o epidémica, incluidos países en el cinturón africano de la meningitis o el Hajj:

• Administrar una formulación y una serie de Menactra o Menveo adecuadas para la edad con el fin de brindar protección contra los serotipos A y W de la enfermedad meningocócica. Haber recibido anteriormente MenHibrix no resulta suficiente para los niños que viajan al cinturón de la meningitis o al Hajj porque no contiene los serotipos A o W.

En el caso de niños en riesgo durante un brote atribuible al serotipo de una vacuna:

• Para los serotipos A, C, W o Y: Administrar o completar una serie y una formulación de

MenHibrix, Menactra o Menveo adecuadas para la edad.

- Para el serotipo B: Administrar una serie de 2 dosis de Bexsero, con una separación entre dosis de al menos 1 mes, o una serie de 3 dosis de Trumenba, con la segunda dosis separada por 1 a 2 meses de la primera y la tercera dosis al menos 6 meses después de la primera. Las dos vacunas MenB no son intercambiables; el mismo producto se debe usar para todas las dosis de vacunación. Para las dosis de refuerzo de MenACWY entre personas con afecciones de alto riesgo, consulte *MMWR* 2013, 62 [RR02]:1-22, en www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6202a1.htm, *MMWR*, 20 de junio de 2014/63(24):527-530, en www.cdc.gov/mmwr/pdf/wk/mm6324.pdf y *MMWR*, 4 de noviembre de 2016 /65(43):1189-1194, en www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/wr/pdfs/mm6543a3.pdf.

Para obtener otras recomendaciones en cuanto a la actualización de las vacunas omitidas para estas personas, y para recibir información completa sobre la aplicación de las vacunas antimeningocócicas, incluida la orientación relacionada con la vacunación de personas con mayor riesgo de infección, consulte las publicaciones relacionadas con el meningococo en *MMWR*, disponibles en www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/vacc-specific/mening.html.

12. Vacuna para toxoides diftéricos y tetánicos y la tos ferina acelular (Tdap). (Edad mínima: 10 años para ambas, Boostrix y Adacel) Vacunación de rutina:

- Administrar 1 dosis de la vacuna Tdap a todos los adolescentes entre 11 y 12 años de edad.
- La Tdap se puede administrar independientemente del intervalo transcurrido desde la última vacuna con toxoides diftéricos y tetánicos.
- Administrar 1 dosis de la vacuna Tdap a adolescentes embarazadas durante cada embarazo (preferentemente durante la primera parte de las semanas 27 y 36 de gestación), independientemente del tiempo transcurrido desde la vacunación anterior con Td o Tdap.

Actualización de vacunas omitidas:

- Las personas mayores de 7 años de edad que no estén totalmente vacunadas con la vacuna DTaP deberán recibir la vacuna Tdap en 1 dosis (preferentemente la primera) en la serie de actualización de vacunas omitidas; de ser necesarias dosis adicionales, aplicar la vacuna Td. En el caso de los niños de entre 7 y 10 años de edad que reciben una dosis de Tdap como parte de la serie de actualización de vacunas omitidas, se puede administrar una dosis adolescente de la vacuna Tdap entre los 11 y los 12 años de edad.
- Las personas de entre 11 y 18 años de edad que no han recibido la vacuna Tdap deberán recibir una dosis seguida de un refuerzo de toxoides diftéricos y

tetánicos (Td) cada 10 años en lo sucesivo.

- Dosis involuntarias de la vacuna DTaP:
- Si se administra involuntariamente a un niño de entre 7 y 10 años de edad, la dosis podría computarse como parte de una serie de actualización de vacunas omitidas. Esta dosis podría computarse como la dosis adolescente de Tdap, o el niño podría recibir una dosis de refuerzo de Tdap entre los 11 y los 12 años de edad.
- Si se administra involuntariamente a un adolescente de entre 11 y 18 años de edad, la dosis deberá computarse como el refuerzo adolescente de Tdap.
- Para obtener más orientación sobre la actualización de vacunas omitidas, consulte la Figura 2.

13. Vacunas para el virus del papiloma humano (VPH). (Edad mínima: 9 años para 4vHPV [Gardasil] y 9vHPV [Gardasil 9]) Vacunación de rutina y de actualización de vacunas omitidas:

- Administrar una serie de 2 dosis de la vacuna para el VPH en un calendario de 0,6 a 12 meses a todos los adolescentes entre 11 y 12 años de edad. La serie de vacunación puede comenzar a los 9 años de edad.
- Administrar la vacuna para el VPH a todos los adolescentes hasta los 18 años de edad que no habían sido vacunados adecuadamente. La cantidad de dosis recomendadas se basa en la edad en el momento de la administración de la primera dosis.
- En el caso de las personas que inician su vacunación antes de los 15 años de edad, el calendario de vacunación recomendado es de 2 dosis de la vacuna para el VPH en 0,6 a 12 meses.
- En el caso de las personas que inician su vacunación después de los 15 años de edad, el calendario de vacunación recomendado es de 3 dosis de la vacuna para el VPH en 0,1 a 2,6 meses.
- La dosis de una vacuna administrada en un intervalo más corto se deberá administrar nuevamente en el intervalo recomendado.
- En un calendario de 2 dosis de la vacuna para el VPH, el intervalo mínimo es de 5 meses entre la primera y la segunda dosis. Si la segunda dosis se administra en un intervalo más corto, se deberá administrar una tercera dosis en un plazo mínimo de 12 semanas después de la segunda dosis y en un plazo mínimo de 5 meses después de la primera dosis.
- En un calendario de 3 dosis de la vacuna para el VPH, el intervalo mínimo es de 4 semanas entre la primera y la segunda dosis, de 12 semanas entre la segunda y la tercera dosis, y de 5 meses entre la primera y la tercera dosis. Si la dosis de una vacuna se administra en un intervalo más corto, se deberá administrar nuevamente



Para obtener más orientación sobre la aplicación de las vacunas que se mencionan a continuación, visite www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/index.html.

después de que se haya cumplido otro intervalo mínimo desde la dosis más reciente.

Poblaciones especiales:

- En el caso de niños con antecedentes de abuso sexual o violación, administrar la vacuna para el VPH a partir de los 9 años de edad.
- Las personas con deficiencias inmunitarias, incluidas aquellas infectadas con el virus de

inmunodeficiencia humano (VIH), deberán recibir una serie de 3 dosis en 0, 1 a 2, y 6 meses, independientemente de la edad a la que se inició la vacunación.

- Nota: Se desaconseja la vacuna para el VPH durante el embarazo, aunque no existe evidencia de que la vacuna sea perjudicial. Si se descubre que una mujer está embarazada después de iniciar la serie de vacunación, no será

necesario realizar ninguna intervención; las dosis de la vacuna que resten deberán retrasarse hasta después del embarazo. No es necesaria una prueba de embarazo antes de administrar la vacuna para el VPH.

*Consulte el *MMWR* del 16 de diciembre de 2016:65(49):1405-1408, disponible en www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/wr/pdfs/mm6549a5.pdf