|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Medicaid ServicesF-03144S (04/2023) | **STATE OF WISCONSIN**Federal Regulation 42 CFR § 435.225 & 435.916  |
| **KATIE BECKETT MEDICAID** **Renovación Médica: Información del Proveedor****(KATIE BECKETT MEDICAID Medical Renewal: Provider Information)**Brinde información sobre cualquier proveedor que haya completado las evaluaciones, tratamiento o servicios/apoyos durante los últimos dos años. Esta información será utilizada para completar la revisión médica requerida para Katie Beckett Medicaid. |
| Apellido del menor | Nombre del menor | Inicial del segundo nombre del menor | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)  |
|       |       |       |       |
| **Complete lo siguiente.** |
| **INFORMACIÓN DE DIAGNÓSTICO** |
| 1. **Diagnóstico**: ¿Qué diagnósticos tiene actualmente el menor?
 |
| Diagnóstico | Nombre del proveedor, de la clínica y dirección | ¿Fecha de diagnóstico?  |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
| 1. **Necesidades de salud mental**
 |
| ¿El menor necesita alguno de los siguientes apoyos para necesidades conductuales o de salud mental?[ ]  Clinical Case Management and Service Coordination (Administración de caso clínico y coordinación de servicios)[ ]  Sistema de justicia criminal[ ]  Servicios de salud mental (marque todo lo que corresponda)[ ]  Revisión de medicamentos psiquiátricos con un psiquiatra u otro médico [ ]  Sesiones de orientación con psicólogo o trabajador social clínico con licencia[ ]  Tratamiento psiquiátrico como paciente hospitalizado[ ]  Tratamiento diurno: jornada parcial o completa[ ]  Tratamiento conductual para niños con trastornos del espectro autista bajo la supervisión de un profesional de salud mental[ ]  Psicoterapia en el hogar bajo la supervisión de un profesional de la salud mental[ ]  Servicios contra el abuso de sustancias[ ]  Apoyos en la escuela para los problemas emocionales y/o conductuales  |
| Indique el tipo de apoyo, el nombre del proveedor, la dirección y el número de teléfono de cualquier apoyo seleccionado arriba. En casos de apoyos en la escuela, incluya el nombre de la escuela y la persona de contacto. |
| Tipo de Apoyo | Nombre del proveedor, de la clínica y dirección | Número de teléfono (incluir el código de área) |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
| 1. **Otros proveedores (médicos, atención en el hogar y servicios sociales)**: indique todos los proveedores actuales junto con su dirección y número de teléfono.
 |
| Nombre del proveedor y de la clínica | Dirección | Número de teléfono (incluir el código de área) |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
| ¿Aproximadamente cuántas horas a la semana se requieren para proveer todos los servicios mencionados arriba?       |
| 1. **Terapia**: indique las terapias en las que participa el menor (p. ej., terapia ocupacional, terapia física, terapia del habla).
 |
| Tipo de terapia | Nombre del proveedor, dirección y número de teléfono  | Lugar donde se provee la terapia(hogar, escuela, clínica) | Número de sesiones por semana |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |

|  |
| --- |
| 1. **Hospitalizaciones**: ¿El menor ha sido hospitalizado en los últimos dos años? [ ]  Sí [ ]  No
 |
| Motivo de hospitalización | Fecha de admisión | Fecha de alta | Nombre y dirección del hospital |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
| 1. **Escuela:** ¿El menor tiene un Individualized Education Program (Programa de Especialización Individualizado, IEP) o un Individual Family Service Plan (Plan de Servicio Familiar Individualizado, IFSP)? [ ]  Sí [ ]  No ¿El menor está inscrito en servicios de educación especial? [ ]  Sí [ ]  No
 |
| Nombre de escuela | Nivel de grado | Nombre(s) del maestro/proveedor, dirección, teléfono |
|       |       |       |
|  |

**ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-786-3246 (TTY: 711).

**LUS CEEV:** Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-888-786-3246 (TTY: 711).