

Solicitud de Newborn Gateway**Instrucciones para el proveedor:**

- Los proveedores de Presumptive Eligibility **deben** reportar los nacimientos de recién nacidos con conexión a Medi-Cal o Medi-Cal Access Infant Program (MCAIP, por sus siglas en inglés) y que hayan nacido en sus instalaciones, dentro de las 72 horas después del nacimiento o dentro de un día hábil después del alta, lo que ocurra primero.
 - Las instalaciones incluyen hospitales, centros de maternidad, u otros lugares de parto.
 - **No** es necesario que los padres o tutores completen o firmen la solicitud. Si los padres o tutores no están disponibles, envíe la solicitud a través de la sección Newborn Gateway del portal de Children’s Presumptive Eligibility.
 - Se necesita una solicitud por cada recién nacido.
- Los recién nacidos de madres con Medi-Cal o Medi-Cal Access Program (MCAP, por sus siglas en inglés) califican para obtener cobertura de salud cuando se reporta el nacimiento a través de Newborn Gateway. Complete y envíe la siguiente información para inscribir al recién nacido en la cobertura.
- Independientemente de que se apruebe o niegue la cobertura al recién nacido, el proveedor debe emitir una insurance affordability application para la familia e informarles que se puede utilizar para solicitar la cobertura del seguro médico para cualquier persona que no la tenga. La insurance affordability application, también conocido como Single Streamlined Application, está disponible para imprimir en la sección de recursos del portal.

Información del paciente recién nacido

Nombre del paciente—Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Sufijo (Jr. Sr. II. etc.)
------------------------------	---------------	----------------	---------------------------

Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY)	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--

Marque esta casilla si el paciente no tiene hogar. Ingrese la ubicación general en la sección "Dirección de domicilio" y complete la sección "Dirección postal".

Dirección de domicilio	Numero de apartamento	Ciudad	Estado	Código postal
------------------------	-----------------------	--------	--------	---------------

Condado de residencia

Dirección postal (si es diferente)	Numero de apartamento	Ciudad	Estado	Código postal
------------------------------------	-----------------------	--------	--------	---------------

Para pacientes recién nacidos, por favor complete esta sección con los datos de la madre.

Nombre de la madre—Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre
-----------------------------	---------------	----------------------------

Fecha de nacimiento de la madre MM/DD/YYYY	Número de tarjeta BIC o Medi-Cal o número de seguro social de la madre
---	--

Número de teléfono del hogar

Número de teléfono del trabajo

Número de teléfono para mensajes

¿Qué idioma habla en del hogar?

¿Qué idioma lee mejor?

Proveedor: ¿Emitió una insurance affordability application? Sí No**Certificación:**

El recién nacido será evaluado para determinar su elegibilidad para Medi-Cal o MCAIP. Yo declaro que la información proporcionada anteriormente es correcta a mi saber y entender.

Proveedores: No se requiere la firma de un padre/tutor para Newborn Gateway. Si no obtuvo una firma, ponga N/A y la fecha.

Firma del padre/tutor (Opcional)

Relación con el paciente recién nacido

Fecha

Un individuo tiene derecho a consultar los registros que contengan su información personal. La entidad oficial responsable de mantener la información es Department of Health Care Services, MS 8100, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413. Se puede compartir una copia de la información con el Department of Social Services del condado en el que usted resida y el proveedor de su hijo la incluirá en el expediente médico de su hijo.