

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE CAROLINA DEL NORTE  
 DIVISIÓN DE ASISTENCIA MÉDICA  
**FORMULARIO PARA DETERMINAR EL DERECHO PRESUNTO DE RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA RELACIONADA CON EL EMBARAZO**  
**PRESUMPTIVE ELIGIBILITY DETERMINATION FORM FOR PREGNANCY – RELATED CARE**

Seguro médico:	Dirección del paciente	Teléfono del paciente:
Nombre de la compañía aseguradora:		Número de Expediente del paciente:
	Ciudad:	Fecha de inicio de la atención:
Nombre en la póliza:	Estado: CP:	
Número de Póliza:	Condado de residencia:	Tiene derecho <input type="checkbox"/> No tiene derecho

Línea No.	FAMILIARES						/ Ingreso bruto mensual					Ingreso neto mensual			
	Nombres	Apellidos	Fecha de nacimiento Mes día año	Sexo	Raza	Grupo étnico	Número Seguro Social	Tipo	Cantidad	Frecuencia	Cantidad bruta mensual	Deducciones normales	Cuidado de niños	Sustento Cónyuge y/o Niños	Ingreso mensual contable
01															
02	Niño no nacido														
03															
04															
05															
06															
07															

El gobierno federal exige que el estado informe acerca de su preferencia de idioma. Ayúdenos haciendo un círculo en el idioma que prefiere hablar Inglés      Español      Otro (Especificar) _____	Total ingreso bruto = Número de familiares en el hogar = Nivel de ingresos de pobreza =	Subtotal = Sustento cónyuge y/o niños pagado = Total ingreso neto de la familia =
--	---	---

Entiendo que ésta es una determinación temporal de mi derecho a Medicaid y que tengo que presentar una solicitud oficial a Medicaid antes del último día del mes siguiente al mes en que este formulario fue firmado porque si no lo hago, en esa fecha cesará el derecho que tengo a Medicaid. Además, entiendo que tengo derecho solamente a la atención médica relacionada con el embarazo. Certifico que he provisto información verídica y exacta sobre mi familia y el ingreso.  _____ Fecha de solicitud      Firma del solicitante  _____ Fecha en que se llenó      Llenado por      Título	Certificación del proveedor: Yo certifico que la mujer para quien se ha hecho la determinación del derecho presunto de recibir Medicaid, está en la _____ semana de embarazo, aproximadamente, y lleva ____ feto(s). Se espera que la fecha de parto será el _____.  _____ Firma      Título _____ Proveedor      Número del proveedor
--	--

## INSTRUCCIONES PARA EL PROVEEDOR:

Instructions for Provider

### I. Generalidades

- Usar tinta negra.
- Llenar en triplicado.
- Enviar por correo o entregar personalmente al Departamento de Servicios Sociales del condado donde el solicitante reside a más tardar cinco días laborales después de la determinación presunta.

### II. Información sobre el paciente

- Dar información solicitada sobre el seguro médico solamente para la mujer embarazada. Si la mujer dice que no tiene seguro, escriba NINGUNO. Si necesita más espacio para una segunda póliza, colóquela justo encima del espacio designado para el seguro médico.
- Dar la dirección actual de la mujer embarazada.
- Siempre que sea posible, obtenga el número de teléfono del paciente.
- El número de expediente del paciente es para el uso y la conveniencia del proveedor.
- Dar la fecha en que se inició la atención prenatal para este embarazo.
- Indicar el nombre del condado al que se hará la remisión.
- Documentar si se determinó que la paciente reunía o no las condiciones para el derecho presunto.

### III. Familiares – Deben vivir en el mismo hogar o estar ausentes por un período temporal

- Dar nombres de los familiares en el siguiente orden:
  - Mujer embarazada
  - Padre del niño no nacido si vive en el mismo hogar
  - Hijos de la mujer embarazada y/o del padre del niño no nacido (si él vive en este hogar) con menos de 21 años de edad, que nunca se han casado, que nunca han servido en las fuerzas armadas, o que no se han emancipado legalmente.
- Se exige la fecha de nacimiento de la mujer embarazada. Optativo para otros familiares.
- Dar el código racial para cada familiar.
- Dar el código de género sexual para cada familiar.
- Dar el código de grupo étnico de cada familiar.
- Dar el número de Seguro Social de la mujer embarazada. Copiar de su tarjeta de Seguro Social, si es posible.
- Dar el parentesco de todos los familiares de la mujer embarazada.

### IV. Ingreso bruto mensual

- Para la mujer embarazada y el padre del niño no nacido (si vive en el hogar):
  - Dar el código para el tipo de ingreso; véanse los códigos al pie de este formulario.
  - Dar la cantidad del ingreso bruto, según lo que se recibe.
  - Dar el código para la frecuencia de recibo; véanse los códigos al pie.
  - Si un familiar recibe más de un tipo de ingreso, tachar la Línea No. de una línea en blanco y anotar la Línea No. del familiar. Dar la información sobre el ingreso.
- Convertir cada tipo de ingreso en una cantidad mensual; véanse las fórmulas de conversión al pie. Anotar cantidad mensual en la columna "Cantidad bruta mensual".
- En el espacio "Total ingreso bruto", anotar el total del ingreso de la familia.
- Indicar el número de familiares en el hogar.
- Anotar el nivel de ingresos de pobreza para el número de familiares en el espacio designado; véase la gráfica en las Instrucciones para el proveedor para la cantidad. Si el "Total ingreso bruto" es igual a o menor que el nivel de ingresos de pobreza para el número de personas en la familia – puede dejar de llenar el formulario. La mujer embarazada tiene derecho presunto.

### V. Ingreso neto mensual

- Para personas con sueldos/salarios, dar:
  - La deducción normal de \$90 en la columna de "Deducciones normales"
  - La cantidad mensual realmente pagada para el cuidado de los hijos o para el cuidado de adultos discapacitados (hasta \$175 por persona o \$200 por hijo con menos de 2 años de edad) en la columna de "Cuidado de niños".
  - Restar estas cantidades del sueldo/salario bruto y anotar la cantidad que resulta en la columna "Ingreso mensual contable".
- Para cualquier persona que recibe sustento para niños y/o cónyuge:
  - Anotar en la columna "Sustento cónyuge y/o niños" la cantidad de sustento recibido hasta un máximo de \$50.
  - Restar esta cantidad de la cantidad bruta mensual del sustento para niños y/o cónyuge.
  - Anotar la cantidad que resulta en la columna "Ingreso mensual contable".
- Para otros tipos de ingreso, anotar la cantidad bruta mensual en la columna "Ingreso mensual contable".
- Sumar el Ingreso mensual contable de todos los familiares y colocar el resultado en el espacio del "Subtotal".
- Si la mujer embarazada o el padre del niño no nacido paga sustento para cónyuge y/o niños conforme a una orden de un tribunal, anotar la cantidad mensual realmente pagada en el espacio de "Sustento cónyuge y/o niños".
- Restar el sustento pagado del Subtotal. Colocar la cantidad que resulta en el espacio del "Total ingreso neto de la familia".
- Si el Total ingreso neto de la familia es igual a o menor que el Nivel de ingresos de pobreza, la mujer embarazada tendrá derecho presunto.

### VI. Firmas

- Obtener la firma y la fecha de la firma de la mujer embarazada.
- Un profesional médico debe llenar la verificación médica del embarazo.
- La persona que llena el formulario DMA-5032 debe firmar y anotar la fecha en que se determinó el derecho presunto.

### VII. Anotar el nombre y número de identificación del proveedor

### VIII. CÓDIGOS

	TIPO DE INGRESO	RAZA	GRUPO ÉTNICO	Códigos de frecuencia (Fórmula de conversión)
W- Sueldo	A- Pensión alimenticia	W- Blanco	N- No hispano/ Latino	W- Semanal (4/3)
S- Salario	CS- Sustento de menores	B- Negro o Afroamericano	U- No declarado	B- Bisemanal (2.15)
P- Pensión	C- Contribuciones	I- Indio-americano o Nativo de Alaska	C- Hispano Cubano	S- Dos veces al mes (2)
F- Granja, empleado por su propia cuenta	MA-Asignación militar	A- Asiático	H- Hispano otro	M- Mensual (2)
SS- Beneficios de Seguro Social	I- Intereses, dividendos, seguros, anualidades	P- Nativo de Hawaii u otra isla del Pacífico	M- Hispano Mexicano	A-Anual (Dividir entre 12)
RR- Retiro ferroviario	T- Fideicomisos, propiedades	U- No declarada	P- Hispano Puertorriqueño	
VA- Beneficio de Veteranos	O- Otro			
UC- Seguro de desempleo				
WC-Compensación de trabajo				
SE- Empleado por su propia cuenta				

DMA-5032S (10/05)

PS-00252