

# ¡Llegó su cuadernillo de bienvenida!

CONOZCA SU NUEVO PLAN DE SALUD Y SUS BENEFICIOS



# En este cuadernillo, encontrará lo siguiente:

---

- 1** Le Damos la Bienvenida a  
Community Health Plan of Imperial Valley
- 2** Reciba Atención de Salud y Servicios  
Adicionales Cuando los Necesite
- 3** Aspectos Generales del Plan
- 4** Cómo Elegir su Médico de Atención Primaria
- 5** Primera Cita con su Médico
- 6** Dónde Buscar Atención
- 7** Comience a Usar Sus Beneficios de Inmediato
- 8** Encuentre un Médico de la Red
- 9** Haga Su Chequeo Ahora
- 10** ¡Ocúpese de Su Salud!
- 11** Pautas sobre Exámenes de Detección Preventivos  
de Community Health Plan of Imperial Valley
- 12** Obtenga Ayuda y Apoyo con  
los Servicios de Emergencia de  
Community Health Plan of Imperial Valley

# 1 Le Damos la Bienvenida a Community Health Plan of Imperial Valley

## APRENDA CÓMO APROVECHAR AL MÁXIMO SU NUEVO PLAN DE SALUD

Su nuevo plan de salud cuenta con muchísimos beneficios diseñados para ayudarlo a mantenerse lo más saludable posible. **No se pierda ningún beneficio para la salud.** Este kit de bienvenida le ayudará a familiarizarse con Community Health Plan of Imperial Valley para que pueda empezar a cuidarse y a estar más saludable.

### Contenido



#### **Cómo obtener atención**

Consulte esta guía para comenzar a usar sus beneficios.



#### **Dónde obtener atención**

Conozca sus opciones:

- El consultorio del médico
- Atención de urgencia
- Sala de emergencias
- Telesalud

**Sepa cuándo le conviene elegir cada una.**



#### **Lo que está cubierto**

Explore sus beneficios:

- Atención médica
- Telesalud
- Atención de salud del comportamiento
- Transporte
- Atención de la vista y mucho más



#### **Programas para mejorar su salud**

Explore los servicios y programas sin costo que le ayudan a definir y alcanzar sus objetivos de salud. Estamos a su disposición **en todo momento.**



#### **Elección o cambio de médico**

Asegúrese de tener el médico que desea. Si desea cambiar de médico, comuníquese con Servicios al Afiliado al **1-833-236-4141 (TTY: 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.



#### **Formulario de Información Médica**

Complete este *Formulario de Información Médica* para ayudarnos a conocer los servicios y el apoyo que necesita para estar más saludable.

(continúa)

### Comuníquese con nosotros para lo siguiente:

- Verificar el estado de su tarjeta de identificación
- Conocer la fecha de inicio de sus beneficios
- Programar una cita médica
- Coordinar el servicio de transporte gratuito
- Obtener respuestas a sus preguntas o inquietudes

### Llame al número gratuito

**1-833-236-4141 (TTY: 711)**  
las 24 horas del día,  
los 7 días de la semana

### Visite nuestro sitio web:

**[www.chpiv.org](http://www.chpiv.org)**

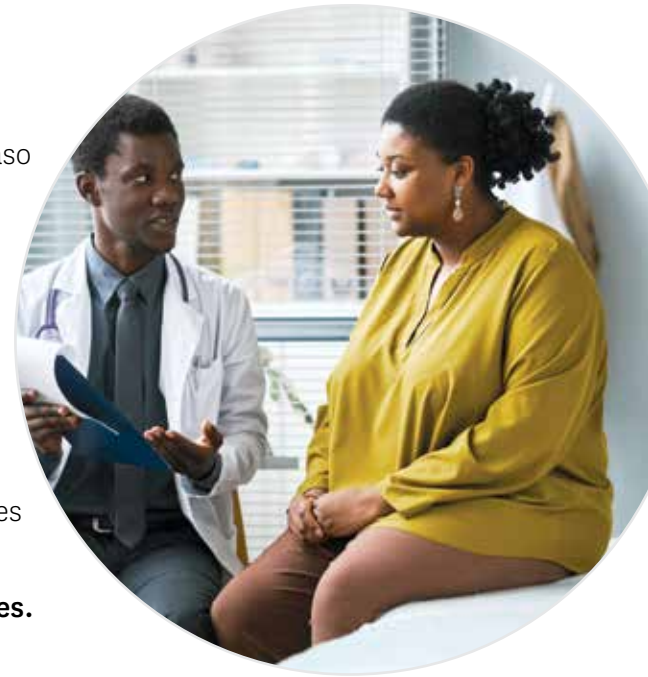
Para recibir ayuda, llame a Servicios al Afiliado al número gratuito 1-833-236-4141 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

## Programe su cita médica inicial dentro de los próximos 120 días

Una visita al médico puede ayudarle a encaminarse hacia un **estilo de vida más saludable**. Programe su **cita médica inicial** y dé el primer paso hacia una mejor salud.

### ¿Por qué es tan importante la cita médica?

- 1. Es posible que lleve tiempo sin ir al médico.**  
Esta es una buena oportunidad para recibir servicios de atención preventiva que le ayuden a mantenerse saludable.
- 2. Su salud cambia año tras año.**  
Si se realiza un chequeo médico todos los años, tendrá una gran oportunidad de detectar y prevenir cualquier problema de salud antes de que se agrave.
- 3. Con la ayuda de su médico, puede controlar enfermedades graves.**  
Es decir, encontrar el tratamiento que le permita sentirse mejor y disfrutar más de la vida.



**Llame al médico hoy mismo** para programar su cita médica. El nombre y el número de teléfono de su médico se encuentran en la tarjeta de identificación de afiliado.

### Programe un traslado de ida y vuelta a su cita

Coordine los traslados de ida y vuelta para todas sus citas de atención de salud con el servicio de transporte gratuito y cumpla su plan para mejorar la salud.

Esto incluye:

- Citas médicas
- Diálisis y otros servicios de atención de salud continua
- Entrega de equipos médicos
- Terapeutas (incluye citas de apoyo por abuso de sustancias)
- Consultas con especialistas
- Altas hospitalarias

Comuníquese con Servicios al Afiliado para programar su transporte sin costo.

## Cuándo puede empezar a usar sus beneficios

En su tarjeta de identificación de afiliado, figura la **fecha de inicio de la cobertura**.

### ¿Dónde consigo mi tarjeta de identificación de afiliado?

Si no recibe su tarjeta de identificación durante los **diez días hábiles posteriores** a la fecha de inscripción o a la fecha en que solicitó la tarjeta, comuníquese con el número gratuito de Servicios al Afiliado, 1-833-236-4141 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Para recibir ayuda, llame a Servicios al Afiliado al número gratuito 1-833-236-4141 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

LTR064800SP00 (5/24)



# 2 Reciba Atención de Salud y Servicios Adicionales Cuando los Necesite

## COMPLETE HOY EL *FORMULARIO DE INFORMACIÓN MÉDICA*

*Community Health Plan of Imperial Valley cuenta con programas y servicios especiales para afiliados a Medi-Cal como usted. Por eso, diseñamos nuestro Formulario de Información Médica para poder comprender mejor sus necesidades de atención de salud.*

El formulario le permite compartir su historial médico y también contarnos cómo se siente. Usamos esta información para poder brindarle **atención y servicios adicionales** cuando los necesite.

### Para recibir los servicios y programas específicos que necesita, siga estos tres simples pasos:

#### 1. Complete el formulario

Intente responder todas las preguntas. Si necesita ayuda para completar el formulario, llame a Servicios al Afiliado, al número gratuito **1-833-236-4141 (TTY: 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

#### 2. Coloque el formulario en el sobre adjunto identificado como “Health Information Form”

(ver imagen a modo de ejemplo)

No se necesitan estampillas si utiliza este sobre.

Envíe el formulario por correo a esta dirección:

Medical Management Notifications  
PO BOX 2010  
Farmington MO 63640-9706

#### 3. Envíe el formulario

Enviar el formulario es el primer paso para recibir la atención de salud adecuada para usted.

### ¿Necesita ayuda?

Comuníquese con Servicios al Afiliado al número gratuito **1-833-236-4141 (TTY: 711)** las 24 horas del día, los 7 días de la semana

También puede visitarnos en línea en [www.chpiv.org](http://www.chpiv.org)



### Su información médica es confidencial

Solo usaremos la información incluida en este formulario para ayudarle a obtener servicios de atención de salud. Puede encontrar más información sobre privacidad en la sección *Aviso de Prácticas de Privacidad* del *Manual del Afiliado*. O bien, puede llamar a Servicios al Afiliado.

(continúa)

## Comuníquese con Servicios al Afiliado cuando necesite lo siguiente:

- Ayuda para completar el *Formulario de Información Médica*
- Servicios de salud mental
- Respuestas a sus preguntas sobre atención de salud

### No sufra solo. ¡Estamos para ayudarle!

Community Health Plan of Imperial Valley también puede ayudarle cuando siente estrés o ansiedad, o necesita ayuda si sucede lo siguiente:

- Tiene problemas en el hogar, en el trabajo, con sus amigos o su familia
- Siente tristeza, enojo o preocupación
- Tiene problemas con las drogas o el alcohol

Si necesita ayuda, **puede hablar al instante con nuestros expertos**. Si quiere, pueden ayudarle a conseguir una cita **sin costo** con un terapeuta de nuestra red.

Además, coordinamos el transporte gratuito a la cita con su terapeuta.



Para recibir ayuda, llame a Servicios al Afiliado al número gratuito 1-833-236-4141 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

FLY064798SP00 (5/24)

## Información General

Nombre del Afiliado

Apellido del Afiliado  \*Fecha de Nacimiento (MMDDAAAA)

\*Identificación de Medi-Cal

Fecha en que se responden estas preguntas (MMDDAAAA)

Número de Teléfono Preferido del Afiliado

Dirección de Correo Electrónico del Afiliado



## Salud General

En términos generales, ¿cómo calificaría su salud?

☐ Excelente ☐ Muy Buena ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala ☐ Se desconoce

¿Tiene un médico o proveedor de cuidado de la salud? ☐ Si ☐ No ☐ Se desconoce

¿Consultó a su médico o proveedor de cuidado de la salud en los últimos 12 meses? ☐ Si ☐ No ☐ Se desconoce

¿Habitualmente tiene algún problema con el transporte para ir a sus citas médicas? ☐ Si ☐ No ☐ Se desconoce

¿Cuántas veces estuvo en el hospital en los últimos 3 meses?

☐ Ninguna ☐ Una vez ☐ Dos veces ☐ Tres veces o más ☐ Se desconoce

¿Cuántas veces estuvo en el Departamento de Emergencias el año pasado?

☐ Ninguna ☐ Una vez ☐ Dos veces ☐ Tres veces o más ☐ Se desconoce

¿Cuántos medicamentos recetados por su médico o proveedor de cuidado de la salud está tomando actualmente?

☐ 0 ☐ 1-3 ☐ 4-7 ☐ 8-14 ☐ Cantidad superior o igual a 15 ☐ Se desconoce

¿Cuál es su estatura? (ingrese la respuesta en pies/pulgadas)

Pies  2  3  4  5  6  7 ☐ Se desconoce

Pulgadas  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11 ☐ Se desconoce

¿Cuál es su peso? (ingrese la respuesta en libras)

☐ Si ☐ No ☐ Se desconoce

¿Tiene problemas con los dientes o la boca que hacen que le resulte difícil comer? ☐ Si ☐ No ☐ Se desconoce

¿Comer al menos 2 comidas por día? ☐ Si ☐ No ☐ Se desconoce

¿Come frutas y verduras todos los días? ☐ Si ☐ No ☐ Se desconoce

¿Participa en alguna actividad física (como caminar, hacer ejercicios aeróbicos en el agua, jugar bolos, etc.) durante la semana? ☐ Si ☐ No ☐ No puedo hacer ejercicio debido a las afecciones médicas ☐ Se desconoce

¿Usa siempre el cinturón de seguridad cuando conduce o viaja en automóvil? ☐ Si ☐ No ☐ N/A ☐ Se desconoce

Nombre del Afiliado

Apellido del Afiliado

\*Fecha de Nacimiento  
(MMDDAAAA)

\*Identificación de Medi-Cal

## Salud Física

¿Un médico o proveedor de cuidado de la salud le han dicho alguna vez que usted padece alguna de estas afecciones? (Marque todo lo que corresponda)

- |                                                   |                                                             |                                                |                                                   |                                              |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Artritis                 | <input type="checkbox"/> Asma                               | <input type="checkbox"/> Cáncer                | <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal Crónica | <input type="checkbox"/> EPOC/ Enfisema      |
| <input type="checkbox"/> Retraso en el Desarrollo | <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo 1                    | <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo 2       | <input type="checkbox"/> Prediabetes              | <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca   | <input type="checkbox"/> Hepatitis                          | <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto          |                                              |
| <input type="checkbox"/> VIH                      | <input type="checkbox"/> Anemia Drepanocítica (no el rasgo) | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral      | <input type="checkbox"/> Trasplante               |                                              |

¿Padece alguna otra afección no enumerada más arriba? ☐ Si ☐ No

¿Está usted embarazada? ☐ Si ☐ No ☐ N/A

## Salud del Comportamiento

En general, ¿en qué medida está satisfecho con su vida?

- ☐ Muy Satisfecho ☐ Satisfecho ☐ Insatisfecho ☐ Muy Insatisfecho ☐ Se desconoce

En las últimas dos semanas, ¿le molestó alguno de los siguientes problemas?

Sentirse Solo

- ☐ En ningún momento ☐ Varios Días ☐ Más de la mitad de los días ☐ Casi todos los días ☐ Se desconoce

Poco interés en hacer las cosas o poco placer al hacerlas

- ☐ En ningún momento ☐ Varios Días ☐ Más de la mitad de los días ☐ Casi todos los días ☐ Se desconoce

Sentirse decaído, deprimido o desahuciado

- ☐ En ningún momento ☐ Varios Días ☐ Más de la mitad de los días ☐ Casi todos los días ☐ Se desconoce

Durante el último mes (30 días), ¿cuántos días se sintió solo?

- ☐ Ninguno - Nunca me siento solo ☐ Menos de 5 días ☐ Más de la mitad de los días (más de 15) ☐ La Mayoría de los Días - Siempre me siento solo

¿Considera que el estrés en su vida le está afectando la salud? ☐ Si ☐ No ☐ Se desconoce

¿Cuáles son sus planes para manejar el estrés? ☐ No necesito hacer cambios ☐ No tengo planeado hacer cambios

- ☐ Comencé a hacer cambios ☐ Tengo planeado hacer cambios el mes próximo ☐ Tengo planeado hacer cambios en los próximos 6 meses ☐ Se desconoce

Durante el último año, ¿con qué frecuencia tomó 5 bebidas alcohólicas o más en un día?

- ☐ Nunca ☐ Una o Dos Veces ☐ Mensualmente ☐ Semanalmente ☐ Todos los días o casi todos los días ☐ Se desconoce

Durante el último año, ¿con qué frecuencia consumió productos de tabaco?

- ☐ Nunca ☐ Una o Dos Veces ☐ Mensualmente ☐ Semanalmente ☐ Todos los días o casi todos los días ☐ Se desconoce

¿Le han diagnosticado un trastorno de salud del comportamiento como ansiedad, depresión, trastorno bipolar o esquizofrenia?

- ☐ Si ☐ No ☐ Se desconoce





Nombre del Afiliado

Apellido del Afiliado

\*Fecha de Nacimiento  
(MMDDAAAA)

\*Identificación de Medi-Cal

**Salud del Comportamiento (continuación)**

En los últimos 90 días, ¿le recetaron medicamentos antipsicóticos? ☐ Si ☐ No ☐ Se desconoce

**Actividades Cotidianas y Vida Independiente**

Durante el último mes, ¿tuvo algún dolor que haya interferido en la realización de las tareas del hogar o su capacidad para trabajar fuera del hogar? ☐ Si ☐ No ☐ Se desconoce

¿Tiene algún cuidador que le ayuda de manera regular? ☐ Si ☐ No ☐ Se desconoce

¿Utiliza algún dispositivo de asistencia? ☐ Si ☐ No ☐ Se desconoce

¿Usó oxígeno en los últimos 90 días? ☐ Si ☐ No ☐ Se desconoce

¿Recibe algún servicio de cuidado de la salud en el hogar? ☐ Si ☐ No ☐ Se desconoce



¿Necesita ayuda con alguna de estas actividades? (Marque Sí o No en cada actividad)

|                                                       |                             |                             |                                                                                        |                             |                             |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Tomar un baño o una ducha                             | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Subir las Escaleras                                                                    | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Comer                                                 | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Vestirse                                                                               | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Cepillarse los dientes,<br>peinarse, afeitarse        | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Preparar comidas o cocinar                                                             | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Levantarse de la cama o la silla                      | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Hacer las compras y conseguir<br>alimentos                                             | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Usar el baño                                          | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Caminar                                                                                | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Lavar los platos o la ropa                            | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Emitir cheques o llevar un registro<br>del dinero                                      | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Trasladarse para ir al médico o<br>a ver a sus amigos | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Hacer las tareas del hogar o<br>trabajar en el jardín                                  | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Salir a visitar a familiares o amigos                 | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Usar el Teléfono                                                                       | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Llevar un registro de las citas                       | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Si la respuesta es sí, ¿recibe toda<br>la ayuda que necesita con estas<br>actividades? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

\*\*En los últimos dos meses, ¿residió en una vivienda estable, ya sea de su propiedad, de alquiler o en la cual permanece como parte de un hogar? ☐ Si ☐ No ☐ Se desconoce

\*\*Reimpreso con el permiso del titular de los derechos de autor, la American Public Health Association (Asociación Americana de Salud Pública). Montgomery AE, Fargo JD, Byrne TH, Kave V. Culhane DP. Universal screening for homelessness and risk for homelessness in the Veterans Health Administration (Investigación universal sobre personas sin hogar y el riesgo de quedarse sin hogar en la Administración de Salud de Veteranos). American Journal of Public Health (Revista Americana de Salud Pública) 2013; 103 (S2): S201-S211. Permiso obtenido.



Nombre del Afiliado

Apellido del Afiliado

\*Identificación de Medi-Cal

\*Fecha de Nacimiento  
(MMDDAAAA)

### Actividades Cotidianas y Vida Independiente (continuación)

¿Puede vivir de manera segura y moverse fácilmente en su hogar? ☐ Si ☐ No

Si la respuesta es no, ¿el lugar donde usted vive cuenta con los siguientes elementos?

Buena iluminación ☐ Si ☐ No

Buena calefacción ☐ Si ☐ No

Buena refrigeración ☐ Si ☐ No

Barandas en las escaleras o rampas ☐ Si ☐ No

Agua Caliente ☐ Si ☐ No

Baño en el Interior ☐ Si ☐ No

Puerta de exterior con cerradura ☐ Si ☐ No

Escaleras para entrar a su hogar o escaleras dentro de su hogar ☐ Si ☐ No

Ascensor ☐ Si ☐ No

Espacio para usar una silla de ruedas ☐ Si ☐ No

Caminos despejados para salir de su hogar ☐ Si ☐ No

Quisiera preguntarle cómo le parece que está manejando sus afecciones de salud

¿Necesita ayuda para tomar sus medicamentos? ☐ Si ☐ No

¿Necesita ayuda para completar los formularios de salud? ☐ Si ☐ No

¿Necesita ayuda para responder las preguntas durante una consulta al médico? ☐ Si ☐ No

¿Tiene familiares u otras personas que están dispuestos y pueden ayudarle cuando lo necesita? ☐ Si ☐ No

¿Piensa que su cuidador tiene dificultades para brindarle toda la ayuda que usted necesita? ☐ Si ☐ No

¿Le teme a alguien o hay alguien que le está haciendo daño? ☐ Si ☐ No

¿Ha tenido algún cambio en la manera de pensar, recordar cosas o tomar decisiones? ☐ Si ☐ No

¿Sufrió alguna caída en el último mes? ☐ Si ☐ No

¿Teme a las caídas? ☐ Si ☐ No

¿A veces se queda sin dinero para pagar los alimentos, el alquiler, las facturas y los medicamentos? ¿A veces se queda sin dinero para pagar los alimentos, el alquiler, las facturas y los medicamentos? ☐ Si ☐ No

¿Alguien está usando su dinero sin su permiso? ☐ Si ☐ No

¿Quisiera trabajar con un enfermero o trabajador social para elaborar un plan relativo a su cuidado de la salud? ☐ Si ☐ No

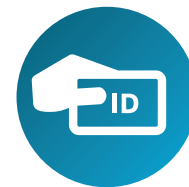
¿Quisiera hablar con un enfermero o trabajador social y su médico sobre un plan que satisfaga sus necesidades de cuidado de la salud? ☐ Si ☐ No



# 3 Aspectos Generales del Plan

## Breve revisión de la cobertura

El plan Medi-Cal le brinda una vasta red de médicos y hospitales. Esto significa que puede elegir un médico entre varias opciones. Además, ofrece una variedad de programas y servicios gratuitos que le ayudarán no solo a lograr un buen estado de salud, sino también a mantenerlo.



## Lo que ofrece su plan

### **Atención médica**

- Visitas al médico
- Atención hospitalaria
- Pruebas de laboratorio y rayos X
- Línea de Consultas de Enfermería
- Servicios de bienestar
- Telesalud
- Atención durante el embarazo y de recién nacidos

### **Atención de afecciones de salud mental, como depresión, ansiedad, trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD) y autismo, que se brinda por los siguientes medios:**

- Terapia ambulatoria
- Control de medicación psiquiátrica
- Servicios de salud del comportamiento para niños y jóvenes con trastornos del espectro autista y afecciones relacionadas

### **Atención de la vista**

- Exámenes de la vista
- Anteojos

¡Una vida más saludable le está esperando! Llame al médico y programe una consulta. El número de teléfono se encuentra en su tarjeta de identificación (ID).

Para recibir ayuda, llame a Servicios al Afiliado al número gratuito 1-833-236-4141 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

## Programas y servicios especiales

- **Programas de control de enfermedades y de administración de la atención.**

Reciba ayuda especial si tiene una enfermedad compleja, por ejemplo:

- diabetes,
- EPOC,
- anemia falciforme,
- VIH/sida u otra.

- **Servicios de coordinación de la atención.**

Averigüe cómo conectarse con recursos y servicios en el lugar donde vive.

- **Servicios de transporte gratuito.** Programe un traslado sin costo al consultorio de su médico o especialista.

- **Consultas médicas por videollamada.** ¡Hable con un médico sin irse de su casa!

**Consulte al médico en el día por teléfono o videollamada,** a través de los servicios de telesalud.

- **Servicios de interpretación de lengua de señas u otros idiomas.** Solicite un intérprete para que le brinde ayuda durante las citas médicas.

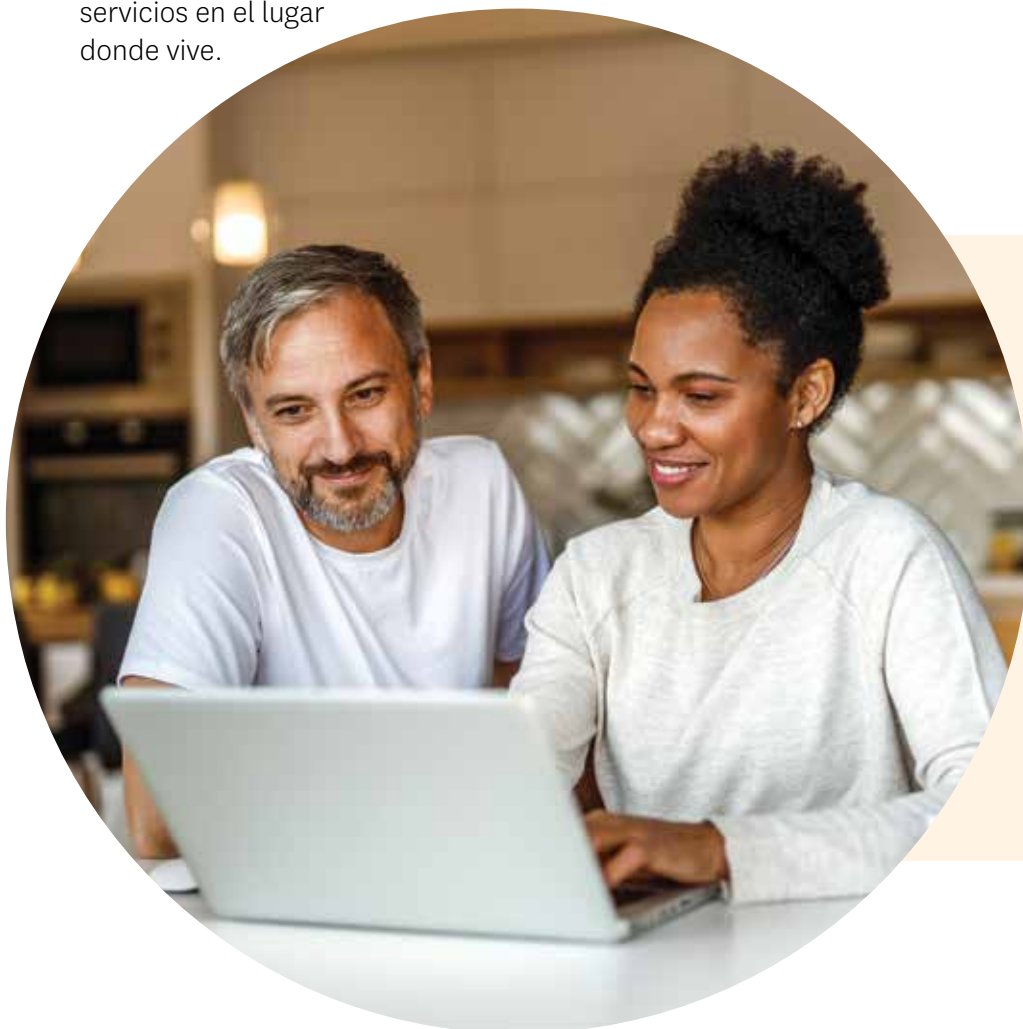
- **Programas de educación para la salud.** Obtenga ayuda y apoyo para lo siguiente:

- comer alimentos más saludables;
- controlar el peso;
- ponerse en forma;
- dejar de fumar y mucho más.

También tenemos programas para mamás primerizas, niños y adolescentes.

- **Continuidad de la atención.**

Si su médico no pertenece a nuestra red, **es posible que pueda mantenerlo.** En algunos casos, puede seguir recibiendo atención del médico durante un **máximo de 12 meses.**



## Para conocer más detalles de la cobertura:

- **Busque información en el *Manual del Afiliado*.** Incluye sus derechos y responsabilidades como afiliado, e información sobre autorizaciones previas y costos compartidos<sup>1</sup>.
- **Comunicarse con Servicios al Afiliado** al número gratuito 1-833-236 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- **Visite** [www.chpiv.org](http://www.chpiv.org).

<sup>1</sup> En la mayoría de los casos, los afiliados de Community Health Plan of Imperial Valley no tienen que pagar los servicios cubiertos, las primas ni los deducibles.

Para recibir ayuda, llame a Servicios al Afiliado al número gratuito 1-833-236-4141 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

# 4 Cómo Elegir su Médico de Atención Primaria

**El médico de atención primaria (PCP) es su médico.**

**Community Health Plan of Imperial Valley cuenta con médicos que pueden:**

- ofrecerle horarios de atención convenientes;
- brindarles atención a usted y toda la familia;
- comprender necesidades culturales particulares;
- comunicarse en el idioma que usted prefiera.

**¡No lo olvide!**

**Su médico es un aliado con respecto a la salud.** Puede contar con él para que le escuche y le brinde consejos y ayuda. Seleccionar el médico adecuado puede **traerle grandes beneficios a la salud.**

**Lo que debe tener en cuenta si necesita elegir un nuevo médico**

**¿El médico forma parte de la red y acepta nuevos pacientes?**

**Comuníquese con Servicios al Afiliado** para averiguarlo. También puede ingresar en nuestro sitio web, [www.chpiv.org](http://www.chpiv.org), y hacer clic en “Find a Provider” (Buscar un proveedor).

**Nota:** Si se estaba atendiendo con un médico antes de afiliarse a Community Health Plan of Imperial Valley, y ese médico no forma parte de nuestra red, **es posible que pueda seguir visitándolo por un tiempo limitado.** Llame a Servicios al Afiliado para hablar sobre su situación en particular.

**¿Es fácil programar una cita?**

Asegúrese de que los horarios de atención del médico le resulten convenientes. Por ejemplo, quizás necesite consultar al médico antes o después del trabajo, o los fines de semana.

Tenga en cuenta la ubicación del consultorio del médico.

- ¿Cuánto tardará en llegar allí desde su casa o el trabajo?
- ¿Es sencillo encontrar un lugar donde estacionar el automóvil?
- ¿Puede ir en autobús o en tren?



**Obtenga transporte gratuito a su cita**

Si tiene problemas para llegar a una cita con el médico, podemos ayudarle mediante el servicio de transporte gratuito. Para coordinar un viaje gratuito, llame a Servicios al Afiliado.

Para recibir ayuda, llame a Servicios al Afiliado al número gratuito 1-833-236-4141 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.





### ***¿El médico ofrece herramientas en línea y consultas por teléfono o videollamada?***

Los portales y las aplicaciones para pacientes le simplifican las siguientes tareas:

- enviar correos electrónicos al médico;
- controlar resultados de laboratorio;
- programar citas en línea;
- volver a surtir recetas médicas.

A través de las consultas por teléfono o videollamada, puede hablar con un médico **desde la comodidad de su hogar**.

### ***¿Este médico satisface sus necesidades particulares?***

Considere las características que debería tener su médico:

- ¿Le gustaría tener un médico que entienda su cultura y hable su idioma?
- ¿Está buscando médicos que puedan brindarles atención a usted y a su familia en el mismo lugar?
- ¿Necesita consultar con un especialista o recibir atención por problemas especiales de salud?



Contar con el médico adecuado puede ayudarles a usted y a su familia a mejorar su salud y mantenerse saludables. Por eso, antes de elegir un nuevo médico, obtenga respuesta a sus preguntas. Contáctenos:

- **Por teléfono**

Llame al número gratuito 1-833-236-4141 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

- **En línea**

Ingrese en [www.chpiv.org](http://www.chpiv.org) y haga clic en “Find a Provider” (Buscar un proveedor).

Para recibir ayuda, llame a Servicios al Afiliado al número gratuito 1-833-236-4141 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

# 5 Primera Cita con su Médico

Su médico es su compañero de salud. Después de elegir a un médico, **es importante programar la primera consulta para que puedan conocerse**. Esto permitirá que se sienta más a gusto cuando hable de su salud.

## El médico le brindará atención de rutina, que incluye:

- Chequeos anuales.
- Vacunas.
- Tratamiento.
- Medicamentos que requieren receta médica.
- Exámenes de detección de cáncer.
- Control del asma y de la diabetes.
- Asesoramiento médico.

## El médico también hará lo siguiente:

- Mantendrá sus registros de salud.
- Le remitirá (enviará) a especialistas si es necesario.
- Le indicará hacerse rayos X, pruebas de laboratorio, mamografías y más (cuando sea necesario).

## Su examen de bienestar anual

Un chequeo anual con el médico le permite estar al tanto de su salud. Puede contarle sobre algún cambio que haya notado y plantearle cualquier inquietud relacionada con la salud.

El médico también puede elaborar un **plan de atención para ayudarlo a mantenerse saludable**. Es una oportunidad ideal para hacer preguntas sobre la salud o los medicamentos. Llame para programar la primera consulta y el examen de bienestar.

## Cambie de médico

Si no eligió un médico cuando se inscribió, **nosotros lo hicimos por usted**. En caso de que quiera cambiarlo, llámenos.



### Si tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con nosotros:

- **Por teléfono:** Llame al número gratuito 1-833-236-4141 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- **En línea:** Ingrese en [www.chpiv.org](http://www.chpiv.org) y haga clic en “Find a Provider” (Buscar un proveedor).

Para recibir ayuda, llame a Servicios al Afiliado al número gratuito 1-833-236-4141 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

# 6 Dónde Buscar Atención

Con su plan, puede recibir la atención que necesita, cuando la necesita, de varias maneras.



## En el consultorio del médico

### Su médico

Visite a su médico para recibir atención preventiva y de rutina. Esto incluye:

- exámenes de bienestar anuales;
- tratamiento de enfermedades;
- vacunas;
- atención médica general.

### Otros proveedores dentro de la red

Obtenga atención de otros médicos, especialistas o proveedores (como atención de urgencia u hospitales) en dentro de su red. Para encontrar un médico de la red, ingrese en [www.chpiv.org](http://www.chpiv.org) y haga clic en el enlace “Find a Provider” (Buscar un proveedor).

### Servicios de salud mental

Su plan incluye cobertura para lo siguiente:

- asesoramiento;
- servicios psiquiátricos.

No necesitará una remisión de su médico.

Encuentre un terapeuta o un psiquiatra en [www.chpiv.org](http://www.chpiv.org) y haga clic en “Find a Provider” (Buscar un proveedor). También puede llamar a Servicios al Afiliado y seleccionar *Salud del comportamiento*.



## En su hogar

### Consultas por videollamada en cualquier momento

¿No puede encontrarse con su médico o necesita ayuda cuando el consultorio está cerrado? **Utilice los servicios de telesalud para acceder a citas en línea a través de videollamada.** Reúnase con un médico certificado, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Los servicios de telesalud son una opción sencilla para obtener atención que no es de emergencia. **Los médicos de los servicios de telesalud pueden recetar medicamentos cuando sea necesario.** La información de contacto de los servicios de telesalud se encuentra al dorso de su tarjeta de identificación (ID) de afiliado.

### Consultas por teléfono en cualquier momento

**Para obtener servicios de salud mental o para trastorno por abuso de sustancias** a través de una consulta por teléfono o videollamada, comuníquese con Servicios al Afiliado y seleccione *Salud del comportamiento*.

### Línea de consultas de enfermería en cualquier momento

Llame a nuestra Línea de Consultas de Enfermería y hable con un médico clínico las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Obtendrá **asistencia en tiempo real** para ayudarle a entender sus síntomas y el nivel de atención necesario. El número de teléfono se encuentra más abajo y al dorso de su tarjeta de identificación (ID) de afiliado.



## En una clínica

### Centros de atención de urgencia

Reciba atención en el día por lesiones o enfermedades que no sean de emergencia ni pongan en riesgo la vida. Actualmente, en muchos centros de atención de urgencia se realizan rayos X y pruebas de laboratorio.

Ingresa en [www.chpiv.org](http://www.chpiv.org) y haga clic en “Find a Provider” (Buscar un proveedor) para encontrar un centro de atención de urgencia cerca de su hogar.

**Nota: Acuda a la sala de emergencias más cercana o llame al 911 si tiene una emergencia.**

La atención de emergencia es para afecciones médicas que ponen en riesgo la vida o para lesiones graves causadas por accidente.

Para recibir ayuda, llame a Servicios al Afiliado al número gratuito 1-833-236-4141 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

# 7 Comience a Usar Sus Beneficios de Inmediato

COMPLETE ALGUNOS SIMPLES PASOS PARA COMENZAR A RECIBIR LA ATENCIÓN QUE NECESITA

*Siga estos pasos para asegurarse de estar listo para usar los beneficios de su plan:*

1

## Verifique la fecha de inicio de la cobertura

En su tarjeta de identificación de afiliado figura la fecha de cobertura. Si no recibió la tarjeta por correo, comuníquese con **Servicios al Afiliado, al 1-833-236-4141**. O, encuentre la fecha de cobertura en línea en **www.chpiv.org**.

2

## Confirme su médico

Tómese un minuto para ver si el médico que aparece en su tarjeta de identificación de afiliado es el correcto. Puede elegir otro médico, si necesita o si quiere hacerlo. ¡Siempre puede elegir!

Comuníquese con Servicios al Afiliado si **opta por un médico distinto del que figura en su tarjeta**.

3

## Programe una visita con el médico

Debe consultar a su médico dentro de los primeros **120 días después de que comienza su cobertura**. Para programar una cita, llame al consultorio, al número que se encuentra en su tarjeta de identificación de afiliado.

Si tiene problemas para llegar a su cita, podemos ayudarle con nuestro servicio de transporte gratuito. Comuníquese con Servicios al Afiliado para programar este servicio.

4

## Haga preguntas

Durante la primera cita, el médico le hará una evaluación de salud para comprender su historial médico y así abordar cualquier problema de salud que pueda tener. Este es el momento ideal para hacer preguntas.

Comuníquese con nosotros para lo siguiente:

- confirmar su médico,
- programar una cita,
- coordinar el servicio de transporte gratuito,
- obtener respuestas a sus preguntas.

Por teléfono al número gratuito 1-833-236-4141 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Visítenos en línea: **www.chpiv.org**





# 8 Encuentre un Médico de la Red

## CÓMO OBTENER SU PROPIO *DIRECTORIO DE PROVEEDORES* Y *MANUAL DEL AFILIADO*



### Encuentre un proveedor en línea

Use el enlace “Find a Provider” (Buscar un proveedor) en nuestro sitio web, en **www.chpiv.org**, luego siga estos pasos:

1. Haga clic en “Find a Provider” (Buscar un proveedor).
2. Seleccione un tipo de proveedor.
3. Ingrese la información de búsqueda del proveedor.
4. Haga clic en “Submit” (Enviar).

Para descargar un *Directorio de Proveedores* de la página “Provider Search” (Búsqueda de proveedores) haga clic en el enlace “Printed Provider Directory” (Directorio de Proveedores impreso). Esta es nuestra lista de proveedores más actualizada. La disponibilidad de los proveedores está sujeta a cambios.



### Por teléfono

Comuníquese con Servicios al Afiliado al **1-833-236-4141 (TTY: 711)**. Atendemos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.



### Por correo (opcional)

Complete el formulario que aparece a continuación y le enviaremos una copia del *Manual del Afiliado* y del *Directorio de Proveedores*.

### Obtenga su *Manual del Afiliado*

También puede obtener una copia del *Manual del Afiliado de Community Health Plan of Imperial Valley*. Descargue su copia en **www.chpiv.org**. En “Member Handbook” (Manual del Afiliado), haga clic en el enlace “Download this Member Handbook” (Descargar este Manual del Afiliado). Podrá descargar un *Manual del Afiliado* en formato PDF.

**Nota: Use el sobre adjunto para enviar el formulario completo.**

**Complete todos los campos con letra de imprenta legible. Use tinta azul o negra.**

- ☐ Marque esta casilla si quiere que le envíen un *Directorio de Proveedores* por correo.
- ☐ ¿Necesita un formato alternativo? ☐ Braille ☐ Letra grande ☐ Audio
- ☐ Para un ***Manual del Afiliado***, marque la casilla de su idioma de preferencia: ☐ Inglés ☐ Español

Nombre del afiliado: \_\_\_\_\_ N.º de identificación del afiliado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ N.º de apartamento: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_



# 9 Haga Su Chequeo Ahora

TODOS LOS AFILIADOS DE COMMUNITY HEALTH PLAN OF IMPERIAL VALLEY DEBEN HACERSE UN CHEQUEO DENTRO DE LOS 120 DÍAS DE AFILIARSE AL PLAN.

Estos son los motivos por los que el primer chequeo es muy importante:



Conocerá a su médico antes de tener una enfermedad.



El médico puede explicarle cómo usar los servicios de su plan de salud.



Su médico también le informará a quién llamar y a dónde acudir si necesita tratamiento médico cuando el consultorio esté cerrado.



Sus hijos recibirán las vacunas que necesitan para la escuela.



Recibirá información sobre los exámenes de salud que deben hacerse usted y sus hijos para mantenerse saludables.



## Línea de Consultas de Enfermería de Health Net

¿Se siente mal y necesita asesoramiento? Llame a su médico y pida ayuda, o llame a la Línea de Consultas de Enfermería de Community Health Plan of Imperial Valley al **1-833-236-4141 (TTY: 711)** para recibir asesoramiento de manera rápida y gratuita. Los enfermeros están disponibles **las 24 horas del día, los 7 días de la semana**. Pueden hablar con usted en su propio idioma y guiarlo para satisfacer sus necesidades de atención de salud.

(continúa)

Para recibir ayuda, llame a Servicios al Afiliado al número gratuito 1-833-236-4141 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.



## A través de la Línea de Consultas de Enfermería de Community Health Plan of Imperial Valley, podrá hacer lo siguiente:

- **Obtener información** para decidir si debe acudir a la sala de emergencias.
- **Saber** si puede esperar para consultar a su médico.
- **Hablar** sobre sus problemas de salud y las opciones de tratamiento.
- **Recibir consejos** para sentirse mejor cuando está enfermo en su casa.
- **Obtener información** sobre sus medicamentos y sus necesidades de salud.



Llame al médico que figura en su tarjeta de identificación de afiliado para programar un chequeo hoy mismo.

Para obtener más información, visite [www.chpiv.org](http://www.chpiv.org).

Esta información no debe reemplazar la atención médica profesional. Siga siempre las instrucciones de su proveedor de atención de salud.

Para recibir ayuda, llame a Servicios al Afiliado al número gratuito 1-833-236-4141 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

# 10 ¡Ocúpese de Su Salud!

## SERVICIOS Y PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

*Todos queremos una salud mejor. Con ayuda y apoyo, es posible lograrlo. Tenemos una gran variedad de programas, herramientas y servicios gratuitos para ayudarles a usted y a su familia a tomar medidas para mejorar la salud.*

### Programas para cada etapa de la vida



#### **Siéntase bien con su peso**

Nuestros recursos sobre nutrición y actividad física le ayudarán a lograr el peso que desea. Tal vez quiera que la ropa le quede mejor o, posiblemente, quiera estar en forma para seguirle el ritmo a sus seres queridos. No importa cuál sea el motivo, le brindamos las herramientas y el apoyo que necesita para que aprenda a controlar su peso.



#### **Deje de fumar para siempre**

Una de las mejores cosas que puede hacer por su salud es dejar de fumar y de vapear. Además, es una buena forma de ahorrar dinero. ¡Los fumadores gastan alrededor de \$180 por mes en cigarrillos!

Sabemos que dejar de fumar no es fácil, pero no tiene que hacerlo solo. Estamos aquí para ayudarle con apoyo telefónico, información sobre cómo dejar de fumar y medicamentos para controlar la ansiedad.

Llame a Kick It California al número gratuito **1-800-300-8086**

**(TTY: 711)**. El horario de atención es de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 9:00 p. m. y los sábados de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.

*(continúa)*



Para recibir ayuda, llame a Servicios al Afiliado al número gratuito 1-833-236-4141 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.





### **Cuide a su bebé desde el primer momento**

Si está embarazada o piensa formar una familia, es posible que tenga muchas preguntas. ¿Cómo crece mi bebé? ¿Cómo puedo hacer para cuidarme mejor? ¿Esto es normal? Nuestro programa para un embarazo saludable le ofrece las respuestas, los consejos y el apoyo que necesita. Es importante que acuda al médico en cuanto sepa que está embarazada o decida formar una familia.



### **La salud mental importa**

Su forma de pensar y sentir puede repercutir en su salud general. Nuestros recursos sobre salud mental pueden ayudarle a aprender más, sentirse mejor y vivir bien.



### **Presión arterial alta y salud del corazón**

¿Tiene presión arterial alta? ¿Quiere cuidar el corazón? ¡Puede comenzar a cuidar su salud hoy mismo! Utilice nuestros recursos como guía para reducir la presión arterial y mejorar la salud del corazón.



### **Recursos sobre la diabetes**

¿Tiene antecedentes familiares de diabetes de tipo 2? Nuestros recursos sobre la diabetes pueden ayudarle a conocer mejor sus factores de riesgo. También puede obtener información sobre opciones de vida saludable para reducir las probabilidades de contraer diabetes de tipo 2.



### **Biblioteca de salud en línea**

¿Quiere saber más? Disponemos de fichas informativas sobre muchos temas de salud que pueden ayudarle. Visite **[www.chpiv.org](http://www.chpiv.org)** hoy mismo.

**Comuníquese con nosotros para obtener información sobre educación para la salud o si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medi-Cal:**

**Servicios al Afiliado de Community Health Plan of Imperial Valley:**  
**1-833-236-4141 (TTY: 711),**  
las 24 horas del día,  
los 7 días de la semana.

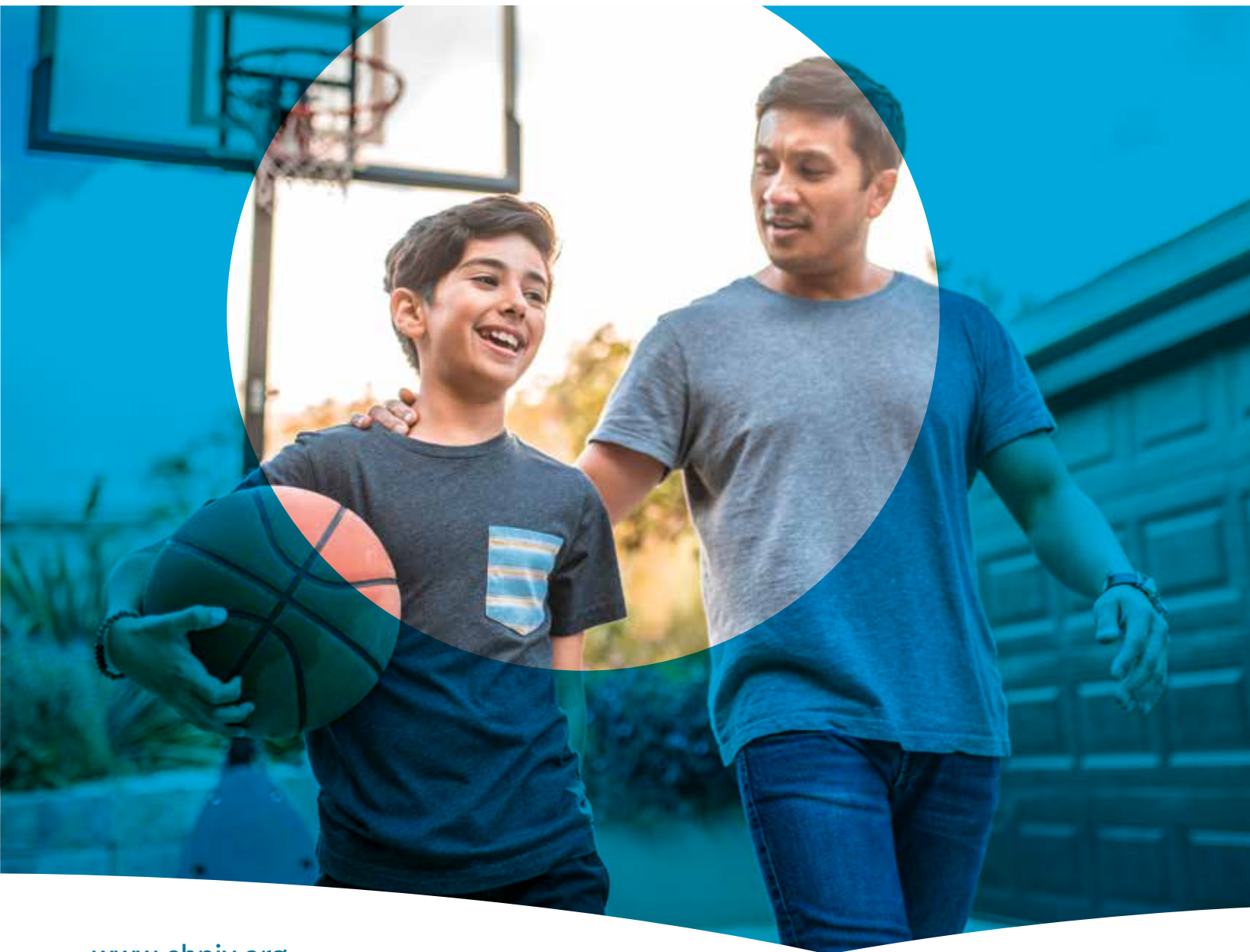
Esta información no debe reemplazar la atención médica profesional. Siga siempre las instrucciones de su proveedor de atención de salud. Los programas y los servicios están sujetos a cambios.

Para recibir ayuda, llame a Servicios al Afiliado al número gratuito 1-833-236-4141 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

FLY062145SP01 (6/24)

# 11 Pautas sobre Exámenes de Detección Preventivos de Community Health Plan of Imperial Valley

PAUTAS PARA NIÑOS Y ADULTOS





*Esta guía sirve para recordarle programar las visitas de atención preventiva con su médico de familia. Siempre recurra a su médico para obtener atención y siga sus consejos. Las pautas se actualizan y modifican con frecuencia.*

*Esta información no constituye asesoramiento médico ni describe la cobertura. Consulte el texto de los beneficios de su plan para saber cuál es la cobertura y cuáles son las limitaciones y las exclusiones.*

## **Le ayudamos a mantenerse saludable**

Para obtener más información o detalles de las pautas, visite **[www.chpiv.org](http://www.chpiv.org)** o llame al número que figura abajo.

### **Afiliados de Community Health Plan of Imperial Valley:**

- **Información sobre educación para la salud.** Puede obtener asesoramiento e información sin costo sobre nuestros programas para dejar de consumir tabaco, controlar el peso y mucho más. Si lo solicita, podemos ayudarle en otros idiomas y formatos.
- **Si quiere obtener información sobre educación para la salud o tiene preguntas sobre su plan Medi-Cal: Llame al 1-833-236-4141 (TTY: 711)** las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Para recibir ayuda, llame a Servicios al Afiliado al número gratuito 1-833-236-4141 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.



## Vacunas recomendadas

Calendario para personas de 0 a 6 años<sup>1, 2</sup>

| Vacuna                               | En el nacimiento                                                                                                                                         | Edad (en meses) |                                                                                                           |   |                                                |                                                 |          |                                                 |                                                 |                                                    | Edad (en años)                                            |   |   |   |  |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---|---|---|--|
|                                      |                                                                                                                                                          | 1               | 2                                                                                                         | 4 | 6                                              | 9                                               | 12       | 15                                              | 18                                              | De 19 a 23                                         | De 2 a 3                                                  | 4 | 5 | 6 |  |
| Virus sincicial respiratorio (VSR)   | • 1 dosis (desde el nacimiento hasta los 7 meses) dependiendo de si la madre está vacunada contra el VSR.<br>• 1 dosis (desde los 8 hasta los 19 meses). |                 |                                                                                                           |   |                                                |                                                 |          |                                                 |                                                 |                                                    |                                                           |   |   |   |  |
| Hepatitis B (HepB)                   | ✓                                                                                                                                                        | ✓               | Póngase al día con las vacunas si es necesario.                                                           |   | ✓                                              |                                                 |          |                                                 | Póngase al día con las vacunas si es necesario. |                                                    |                                                           |   |   |   |  |
| Rotavirus (RV)                       |                                                                                                                                                          |                 | • Series de 2 dosis a los 2 y 4 meses (Roatrix®).<br>• Series de 3 dosis a los 2, 4 y 6 meses (RotaTeq®). |   |                                                |                                                 |          |                                                 |                                                 |                                                    |                                                           |   |   |   |  |
| Difteria, tétanos y tosferina (DTaP) |                                                                                                                                                          |                 | ✓                                                                                                         | ✓ | ✓                                              | Póngase al día con las vacunas si es necesario. |          | ✓                                               | Póngase al día con las vacunas si es necesario. |                                                    | ✓                                                         |   |   |   |  |
| Haemophilus influenzae tipo b (Hib)  |                                                                                                                                                          |                 | ✓                                                                                                         | ✓ | ✓                                              | Póngase al día con las vacunas si es necesario. |          | ✓                                               | Póngase al día con las vacunas si es necesario. |                                                    | Grupos de alto riesgo.                                    |   |   |   |  |
| Antineumocócica                      |                                                                                                                                                          |                 | ✓                                                                                                         | ✓ | ✓                                              | Póngase al día con las vacunas si es necesario. |          | ✓                                               | Póngase al día con las vacunas si es necesario. |                                                    | Grupos de alto riesgo.                                    |   |   |   |  |
| Antipoliomielítica inactivada (IPV)  |                                                                                                                                                          |                 | ✓                                                                                                         | ✓ | ✓                                              |                                                 |          |                                                 | Póngase al día con las vacunas si es necesario. |                                                    | ✓                                                         |   |   |   |  |
| Influenza (gripe)                    |                                                                                                                                                          |                 |                                                                                                           |   | 2 vacunas contra la gripe antes de los 2 años. |                                                 |          |                                                 |                                                 |                                                    | Una vez al año (1 o 2 dosis), según lo sugiera su médico. |   |   |   |  |
| COVID-19                             |                                                                                                                                                          |                 |                                                                                                           |   | 1 o más dosis o según lo sugiera su médico.    |                                                 |          |                                                 |                                                 |                                                    |                                                           |   |   |   |  |
| Sarampión, paperas y rubéola (MMR)   |                                                                                                                                                          |                 |                                                                                                           |   | Grupos de alto riesgo.                         |                                                 | ✓        | Póngase al día con las vacunas si es necesario. |                                                 | ✓                                                  |                                                           |   |   |   |  |
| Varicela (VAR)                       |                                                                                                                                                          |                 |                                                                                                           |   |                                                |                                                 | ✓        | Póngase al día con las vacunas si es necesario. |                                                 | ✓                                                  |                                                           |   |   |   |  |
| Hepatitis A (HepA)                   |                                                                                                                                                          |                 |                                                                                                           |   |                                                |                                                 | 2 dosis. |                                                 |                                                 | Según lo sugiera su médico, grupos de alto riesgo. |                                                           |   |   |   |  |
| Antimeningocócica                    |                                                                                                                                                          |                 | Grupos de alto riesgo.                                                                                    |   |                                                |                                                 |          |                                                 |                                                 |                                                    |                                                           |   |   |   |  |

**Póngase al día con las vacunas si es necesario:** Si a su hijo le falta alguna vacuna, hable con su médico sobre cómo y cuándo debe aplicársela.

**Grupos de alto riesgo:** Si usted o su hijo tienen alguna enfermedad, consulte primero a su médico antes de vacunarse. El médico le aconsejará y orientará sobre lo que es mejor.

Para recibir ayuda, llame a Servicios al Afiliado al número gratuito 1-833-236-4141 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.





## Vacunas recomendadas

### Calendario para personas de 7 a 18 años<sup>1, 2</sup>

| Vacuna                               | Edad (en años)                                                                                  |                                                  |                                                                         |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
|                                      | De 7 a 10                                                                                       | De 11 a 12                                       | De 13 a 18                                                              |
| Tétanos, difteria y tosferina (Tdap) | Póngase al día con las vacunas si es necesario.                                                 | 1 dosis.                                         | Póngase al día con las vacunas si es necesario.                         |
| Virus del papiloma humano (VPH)      | 2 dosis; puede comenzar a aplicarse a los 9 años y se recomienda para personas de 11 a 12 años. |                                                  | Póngase al día con las vacunas si es necesario.                         |
| Influenza (gripe)                    | Una vez al año (1 o 2 dosis), según lo sugiera su médico.                                       | Una vez al año (1 dosis) a partir de los 9 años. |                                                                         |
| COVID-19                             | 1 o más dosis o según lo sugiera su médico.                                                     |                                                  |                                                                         |
| Antineumocócica                      | Grupos de alto riesgo.                                                                          |                                                  |                                                                         |
| Hepatitis A (HepA)                   | Póngase al día con las vacunas si es necesario.                                                 |                                                  |                                                                         |
| Hepatitis B (HepB)                   | Póngase al día con las vacunas si es necesario.                                                 |                                                  |                                                                         |
| Antipoliomielítica inactivada (IPV)  | Póngase al día con las vacunas si es necesario.                                                 |                                                  |                                                                         |
| Sarampión, paperas y rubéola (MMR)   | Póngase al día con las vacunas si es necesario.                                                 |                                                  |                                                                         |
| Varicela (VAR)                       | Póngase al día con las vacunas si es necesario.                                                 |                                                  |                                                                         |
| Haemophilus influenzae tipo b (Hib)  | Grupos de alto riesgo.                                                                          |                                                  |                                                                         |
| Antimeningocócica                    | Grupos de alto riesgo.                                                                          | 1 dosis.                                         | Póngase al día con las vacunas si es necesario; refuerzo a los 16 años. |
| Antimeningocócica tipo B             | Grupos de alto riesgo, de 10 a 18 años.                                                         |                                                  |                                                                         |



## Exámenes de detección recomendados (pruebas)

### Calendario para personas de 0 a 18 años<sup>1, 2, 3</sup>

| Servicio                      | Edad (en meses)                                                              |                                                                                                                                                     |    |    |    |                                                                               | Edad (en años)  |            |            |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------|------------|
|                               | Del nacimiento a los 6                                                       | 9                                                                                                                                                   | 12 | 15 | 18 | De 19 a 36                                                                    | De 3 a 10       | De 11 a 12 | De 13 a 18 |
| Examen de salud de rutina     | En el nacimiento, de los 3 a 5 días de vida, y al cumplir 1, 2, 4 y 6 meses. | Cada 3 meses.                                                                                                                                       |    |    |    | Cada 6 meses.                                                                 | Todos los años. |            |            |
| Prueba de detección de plomo  | Prueba a los 12 y 24 meses, o según lo sugiera su médico.                    |                                                                                                                                                     |    |    |    |                                                                               |                 |            |            |
| Consulta dental               |                                                                              | Cada 6 a 12 meses (la primera consulta debe realizarse entre la aparición del primer diente y el primer cumpleaños) o según lo sugiera su dentista. |    |    |    |                                                                               |                 |            |            |
| Barniz de fluoruro            | Cada 6 meses.                                                                | Según lo sugiera su médico o dentista.                                                                                                              |    |    |    |                                                                               |                 |            |            |
| Análisis de sangre            | Una vez antes de los 2 meses.                                                | Control a los 4 y 12 meses, y durante el examen de salud de rutina si está en un grupo de alto riesgo o según lo sugiera su médico.                 |    |    |    |                                                                               |                 |            |            |
| Índice de masa corporal (IMC) |                                                                              |                                                                                                                                                     |    |    |    | A partir de los 2 años, control del IMC durante el examen de salud de rutina. |                 |            |            |

**Póngase al día con las vacunas si es necesario:** Si le faltan vacunas, puede hablar con su médico sobre cuándo o cómo aplicárselas.

**Grupos de alto riesgo:** Si usted o su hijo tienen alguna enfermedad, consulte primero a su médico antes de vacunarse. El médico le aconsejará y orientará sobre lo que es mejor.

Para recibir ayuda, llame a Servicios al Afiliado al número gratuito 1-833-236-4141 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.



## Vacunas recomendadas

### Calendario para adultos<sup>1, 2</sup>

| Vacuna                                    | Edad (en años)                                                                                                                                                                                          |                                                                  |                                                                                    |                                                                                                 |                    |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
|                                           | De 19 a 26                                                                                                                                                                                              | De 27 a 49                                                       | De 50 a 59                                                                         | De 60 a 64                                                                                      | A partir de los 65 |
| COVID-19                                  | 1 o más dosis de la vacuna actualizada (fórmula de 2023-2024).                                                                                                                                          |                                                                  |                                                                                    |                                                                                                 |                    |
| Tétanos, difteria y tosferina (Td o Tdap) | <ul style="list-style-type: none"><li>1 dosis de Tdap y luego refuerzos de Td o Tdap cada 10 años.</li><li>1 dosis de Tdap en cada embarazo; 1 dosis de Td o Tdap para el cuidado de heridas.</li></ul> |                                                                  |                                                                                    |                                                                                                 |                    |
| Virus del papiloma humano (VPH)           | 2 o 3 dosis según la edad que tenga en la primera vacunación o la enfermedad.                                                                                                                           | Si está en un grupo de alto riesgo o según lo sugiera su médico. |                                                                                    |                                                                                                 |                    |
| Varicela (VAR)                            | 2 dosis (si nació en 1980 o posteriormente).                                                                                                                                                            |                                                                  | Según lo sugiera su médico.                                                        |                                                                                                 |                    |
| Recombinante contra el herpes zóster      | Si está en un grupo de alto riesgo o según lo sugiera su médico.                                                                                                                                        |                                                                  | 2 dosis de la vacuna recombinante contra el herpes zóster a partir de los 50 años. |                                                                                                 |                    |
| Sarampión, paperas y rubéola (MMR)        | 1 o 2 dosis o según lo sugiera su médico (si nació en 1957 o posteriormente).                                                                                                                           |                                                                  |                                                                                    |                                                                                                 |                    |
| Influenza (gripe)                         | Todos los años.                                                                                                                                                                                         |                                                                  |                                                                                    |                                                                                                 |                    |
| Antineumocócica (PPSV 23 o PCV 13)        | Si está en un grupo de alto riesgo o según lo sugiera su médico.                                                                                                                                        |                                                                  |                                                                                    |                                                                                                 | 1 dosis.           |
| Hepatitis A (HepA)                        | Si no ha recibido todas las vacunas o si está en un grupo de alto riesgo, 2, 3 o 4 dosis dependiendo de la vacuna o según lo sugiera su médico.                                                         |                                                                  |                                                                                    |                                                                                                 |                    |
| Hepatitis B (HepB)                        | 2, 3 o 4 dosis dependiendo de la vacuna o según lo sugiera su médico.                                                                                                                                   |                                                                  |                                                                                    | Dependiendo de su enfermedad, si está en un grupo de alto riesgo, o según lo sugiera su médico. |                    |
| Haemophilus influenzae tipo b (Hib)       | 1 o 3 dosis dependiendo de su enfermedad, si está en un grupo de alto riesgo, o según lo sugiera su médico.                                                                                             |                                                                  |                                                                                    |                                                                                                 |                    |
| Antimeningocócica tipo A, C, W, Y         | 1 o 2 dosis dependiendo de la vacuna o según lo sugiera su médico.                                                                                                                                      |                                                                  |                                                                                    |                                                                                                 |                    |
| Antimeningocócica tipo B                  | 2 o 3 dosis dependiendo de la vacuna, si está en un grupo de alto riesgo, o según lo sugiera su médico.                                                                                                 |                                                                  |                                                                                    |                                                                                                 |                    |

**Grupos de alto riesgo:** Si tiene alguna enfermedad, consulte primero a su médico antes de vacunarse. El médico le aconsejará y orientará sobre lo que es mejor.

Para recibir ayuda, llame a Servicios al Afiliado al número gratuito 1-833-236-4141 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.





## Exámenes de detección recomendados (pruebas)

Calendario para adultos<sup>1, 2, 4</sup>

| Servicio                                                          | Edad (en años)                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                           |                             |
|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
|                                                                   | De 19 a 39                                                                                                                                                                                                                                                                       | De 40 a 64                                                                                                                                                                                                                | A partir de los 65          |
| Examen de salud de rutina                                         | Todos los años.                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                           |                             |
| Control de la presión arterial para detectar hipertensión         | Cada 1 a 2 años.                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                           |                             |
| Índice de masa corporal (IMC) para detectar obesidad              | Control durante los exámenes de salud de rutina.                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                           |                             |
| Examen de colesterol para detectar los niveles de grasa en sangre | <b>Guía general para personas de 20 a 65 años:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Adultos jóvenes, cada 5 años.</li><li>• Hombres de 45 a 65 años, cada 1 o 2 años.</li><li>• Mujeres de 55 a 65 años, cada 1 o 2 años.</li><li>• Según lo sugiera su médico.</li></ul> |                                                                                                                                                                                                                           | Todos los años.             |
| Examen de detección de cáncer colorrectal                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Entre los 40 y los 44 años, según lo sugiera su médico.</li><li>• A partir de los 45 años, hable con su médico para saber qué examen debe hacerse y con qué frecuencia.</li></ul> |                             |
| Atención dental                                                   | Cada 6 meses o según lo sugiera su dentista.                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                           |                             |
| Examen de glucosa para detectar los niveles de azúcar en sangre   | Control si está en un grupo de alto riesgo.                                                                                                                                                                                                                                      | Cada 3 años o según lo sugiera su médico.                                                                                                                                                                                 |                             |
| Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)                           | <ul style="list-style-type: none"><li>• Se realiza un único examen de detección; se repite si está en un grupo de alto riesgo o según lo sugiera su médico.</li><li>• Si está embarazada, se realiza un examen de detección de infección por VIH.</li></ul>                      |                                                                                                                                                                                                                           | Según lo sugiera su médico. |
| Hepatitis B                                                       | Se realizan exámenes de detección si está en un grupo de alto riesgo o según lo sugiera su médico.                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                           |                             |
| Hepatitis C                                                       | Se realiza un examen de detección entre los 18 y 79 años o según lo sugiera su médico.                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                           |                             |





## Exámenes de detección recomendados (pruebas)

Calendario para adultos<sup>1, 2, 4</sup>

| Servicio                                                                                                                        | Edad (en años)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                   |                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                 | De 19 a 39                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | De 40 a 64                                                        | A partir de los 65                                                                                      |
| Exámenes de detección adicionales para mujeres                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                   |                                                                                                         |
| Examen pélvico con examen de Papanicolaou para detectar cáncer de cuello uterino                                                | Personas sexualmente activas que no están embarazadas: <ul style="list-style-type: none"><li>Realizar el primer examen entre los 21 y los 29 años, y luego cada 3 años con el examen de Papanicolaou.</li><li>Entre los 30 y los 65 años, realizar el examen cada 3 años con el examen de Papanicolaou o cada 5 años con el examen de VPH, o un examen de Papanicolaou o de VPH, o según lo sugiera su médico.</li></ul> |                                                                   | Según lo sugiera su médico.                                                                             |
| Mamografía para detectar cáncer de seno                                                                                         | Controlarse todos los años a partir de los 35 años si está en un grupo de alto riesgo o según lo sugiera su médico.                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Cada 2 años o dependiendo del riesgo, según lo sugiera su médico. |                                                                                                         |
| Examen de senos realizado por un médico                                                                                         | Cada 1 a 3 años.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Todos los años.                                                   |                                                                                                         |
| Autoexamen o reconocimiento de senos para detectar cambios                                                                      | Todos los meses.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                   |                                                                                                         |
| Examen de detección de clamidia o gonorrea, enfermedades de transmisión sexual                                                  | <ul style="list-style-type: none"><li>Si es sexualmente activa, empiece a hacerse el examen a los 24 años o antes. Esto incluye a mujeres embarazadas.</li><li>Si es sexualmente activa, hágase un examen a partir de los 25 años si tiene riesgo de infección. Esto incluye a mujeres embarazadas.</li></ul>                                                                                                            |                                                                   |                                                                                                         |
| Prueba de densidad ósea para detectar pérdida ósea                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | La evaluación se realiza según el riesgo.                         | ✓                                                                                                       |
| Exámenes de detección adicionales para hombres                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                   |                                                                                                         |
| Ecografía abdominal para detectar aneurisma aórtico abdominal (inflamación de vasos sanguíneos grandes en el área del estómago) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                   | Una vez para hombres de entre 65 y 75 años que hayan fumado alguna vez o que tengan factores de riesgo. |

Para recibir ayuda, llame a Servicios al Afiliado al número gratuito 1-833-236-4141 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

<sup>1</sup> Estas pautas pueden cambiar. Hable con su médico.

<sup>2</sup> El médico debe seguir las series adecuadas y las pautas actuales de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, el Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU. y la Academia Americana de Pediatría.

<sup>3</sup> Los exámenes de salud de rutina, la orientación y la educación para niños y adolescentes deben incluir la medición del peso, la altura y la presión arterial del paciente. También pueden incluir la medición del índice de masa corporal y exámenes de la vista y de la audición. Entre otros aspectos, la educación y la orientación pueden incluir:

- Métodos anticonceptivos o planificación familiar
- Defectos cardíacos congénitos graves y salud del corazón
- Salud dental
- Exámenes del desarrollo o del comportamiento
- Prevención de lesiones o de violencia
- Salud mental, por ejemplo, depresión o trastornos alimenticios
- Dieta y actividad física
- Infecciones de transmisión sexual y examen de detección de VIH
- Abuso de sustancias, por ejemplo, prevención del abuso de drogas y alcohol
- Asesoramiento para dejar de consumir tabaco
- Examen de detección de tuberculosis
- Control de peso

<sup>4</sup> Los exámenes de salud de rutina, la orientación y la educación para adultos deben incluir la medición del peso, la altura, la presión arterial y el índice de masa corporal del paciente; exámenes de la vista y la audición; exámenes de detección de depresión; y exámenes para detectar el consumo de drogas o alcohol. Las pautas varían según el historial médico y los factores de riesgo. La educación y la orientación pueden incluir:

- Exámenes de detección de cáncer, por ejemplo, del cáncer de pulmón, y evaluación de riesgo de mutación de los genes BRCA
- Métodos anticonceptivos o atención previa al embarazo
- Salud dental
- Prevención de abuso de drogas o ayuda para dejar de consumirlas
- Planificación familiar
- Salud del corazón, evaluación con electrocardiograma
- Prevención de lesiones o de violencia
- Planificación de la maternidad
- Menopausia
- Salud mental, por ejemplo, depresión o trastornos alimenticios
- Dieta y actividad física
- Prácticas sexuales, infecciones de transmisión sexual y examen de detección de VIH
- Abuso de sustancias, por ejemplo, prevención del abuso de drogas y alcohol
- Asesoramiento para dejar de consumir tabaco
- Examen de detección de tuberculosis
- Control de peso

Esta información no debe reemplazar la atención médica. Siga siempre las instrucciones de su proveedor de atención de salud. Los programas y los servicios están sujetos a cambios.

Para recibir ayuda, llame a Servicios al Afiliado al número gratuito 1-833-236-4141 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

BKT065107SP00 (9/24)

# 12 Obtenga Ayuda y Apoyo con los Servicios de Emergencia de Community Health Plan of Imperial Valley

*Community Health Plan of Imperial Valley ofrece apoyo a nuestros afiliados y comunidades en momentos de necesidad. Tenemos muchas formas de brindarle ayuda ante situaciones de emergencia. Por ejemplo:*



## Línea telefónica de apoyo

- Para garantizar su seguridad y la de su familia. Revisaremos toda la información de seguridad ante emergencias (incendios, inundaciones, terremotos, etc.).
- Para establecer los contactos que necesite:
  - Centros de evacuación locales
  - Recursos
  - Transporte
- Para evaluar si necesita ayuda médica y medicamentos. Además, le pondremos en contacto con otras opciones de proveedores y farmacias si no obtiene acceso:
  - Al proveedor habitual
  - Al especialista
  - A la farmacia local
- Para encontrar alternativas de vacunación contra la COVID-19 si no puede asistir a una cita programada.



## Apoyo en el lugar

- Brindamos apoyo directo a los afiliados en el lugar y los centros de evacuación del condado local.
- Proporcionamos ayuda con la atención de salud y le brindamos asistencia, además, con los diferentes recursos y servicios disponibles para usted en la comunidad más cercana.
- Le ayudamos con lo siguiente:
  - Programar citas
  - Encontrar una farmacia o ayuda con los medicamentos
  - Reservar traslados de ida y vuelta a citas médicas y visitas a la farmacia



## Números de emergencia de Community Health Plan of Imperial Valley

### Servicios al Afiliado:

1-833-236-4141  
(disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana)

### Información para Suministro de Emergencia de Recetas Médicas:

1-800-977-2273  
(disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana)

### Línea Directa de Salud Mental:

1-833-236-4141  
(disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana)

### Información para Proveedores de Atención de Salud:

1-833-236-4141  
(disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana)

Para recibir ayuda, llame a Servicios al Afiliado al número gratuito 1-833-236-4141 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

FLY062144SP00 (6/23)

Utilice el sobre con la etiqueta “Health Information Form” para devolverlo por correo.

BRE064013E000 (10/23)  
Health Information Form

SAMPLE ONLY

BUSINESS REPLY MAIL  
FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO. 2010 FARMINGTON, MO  
POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

MEDICAL MANAGEMENT NOTIFICATIONS  
PO BOX 2010  
FARMINGTON MO 63640-9706

NO POSTAGE  
NECESSARY  
IF MAILED  
IN THE  
UNITED STATES



Utilice el sobre con la etiqueta “**Provider Directory Request**” para devolverlo por correo.

BRE063412E000 (10/23)  
**Provider Directory Request**

SAMPLE ONLY

NO POSTAGE  
NECESSARY  
IF MAILED  
IN THE  
UNITED STATES

BUSINESS REPLY MAIL

FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO. 4053 RANCHO CORDOVA, CA

POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

COMMUNITY HEALTH PLAN OF IMPERIAL VALLEY  
PO BOX 9103  
VAN NUYS CA 91499-4273

# AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

La discriminación es ilegal. Community Health Plan of Imperial Valley cumple con las leyes estatales y federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina, no excluye ni trata a las personas de forma diferente por motivos de origen racial, color, nacionalidad, edad, discapacidad mental o física, sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género), religión, ascendencia, identificación con un grupo étnico, enfermedad, información genética, estado civil o género.

Community Health Plan of Imperial Valley:

- Brinda herramientas y servicios gratuitos a personas discapacitadas para que se comuniquen con nosotros de forma eficaz, como los siguientes:
  - Intérpretes de lengua de señas calificados
  - Información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros)
- Brinda servicios gratuitos de idiomas a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes calificados
  - información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a Community Health Plan of Imperial Valley al 1-833-236-4141 (TTY: 711) las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Podemos brindarle este documento en braille, en letra grande, grabado en un casete o en forma electrónica si lo solicita. Para obtener una copia en alguno de estos formatos alternativos, llame o escriba a:

Community Health Plan of Imperial Valley (CHPIV)  
Health Equity Department  
P.O. Box 9103  
Van Nuys, CA 91410-9103  
1-833-236-4141 (TTY: 711)

## CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA FORMAL

Si cree que Community Health Plan of Imperial Valley no le ha brindado estos servicios o que le ha discriminado de alguna otra manera por motivos de origen racial, color, nacionalidad, edad, sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género), discapacidad mental o física, religión, ascendencia, identificación con un grupo étnico, enfermedad, información genética, estado civil o género, puede presentar una queja formal ante el coordinador 1557 de CHPIV. Puede hacerlo por teléfono, por escrito, en persona o en línea.

- Por teléfono: Comuníquese con el coordinador 1557 de CHPIV de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar del este, al 1-855-577-8234 (TTY: 711).
- Por escrito: Complete el formulario de quejas o envíe una carta a:
  - 1557 Coordinator, PO Box 31384, Tampa, FL 33631
- En persona: Visite el consultorio del médico o CHPIV e informe que quiere presentar una queja formal.
- En línea: Visite el sitio web de CHPIV, <https://chpiv.org>.

## **OFICINA DE DERECHOS CIVILES DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE CALIFORNIA**

También puede presentar una queja sobre los derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California por teléfono, por escrito o en línea.

- Por teléfono: Llame al 916-440-7370. Si tiene dificultades de audición o del habla, llame al 711 (Servicio de Retransmisión de Datos).
- Por escrito: Complete el formulario de quejas o envíe una carta a:

Deputy Director, Office of Civil Rights Department of Health Care Services Office of Civil Rights  
P.O. Box 997413, MS 0009  
Sacramento, CA 95899-7413

Los formularios de quejas están disponibles en

[http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx).

- En línea: Envíe un correo electrónico a [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov).

## **OFICINA DE DERECHOS CIVILES DEL DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS EE. UU.**

Si cree que fue víctima de discriminación por motivos de origen racial, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja sobre los derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. en línea, por teléfono o por escrito.

- Por teléfono: Llame al 1-800-368-1019. Si tiene dificultades de audición o del habla, llame a la línea TTY/TDD: 1-800-537-7697.
- Por escrito: Complete el formulario de quejas o envíe una carta a:

U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- En línea: Visite el portal para quejas de la Oficina de Derechos Civiles, <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

## **Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services**

### **English**

If you, or someone you are helping, need language services, call 1-833-236-4141 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. These services are at no cost to you.

### **Arabic**

إذا كنت أنت أو أي شخص تقوم بمساعدته، بحاجة إلى الخدمات اللغوية، فاتصل بالرقم (TTY: 711) 1-833-236-4141 تتوفر أيضاً المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة برايل وبطباعة كبيرة. تتوفر هذه الخدمات بدون تكلفة بالنسبة لك.

### **Armenian**

Եթե դուք կամ որևէ մեկը, ում դուք օգնում եք, ունեն լեզվական օգնության կարիք, զանգահարեք 1-833-236-4141 (TTY: 711): Հաշմանդամություն ունեցող մարդկանց համար հասանելի են օգնություն և ծառայություններ, ինչպես օրինակ՝ փաստաթղթեր բրայլով կամ խոշոր տպագրությամբ: Այս ծառայությունները ձեզ համար անվճար են:

### **Cambodian**

ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងជួយ ត្រូវការសេវាផ្នែកភាសា សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-833-236-4141 (TTY: 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មផ្សេងៗសម្រាប់អ្នកដែលពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរធំ ឬជាអក្សរខ្នាតធំក៏មានផ្តល់ជូនផងដែរ។ សេវាកម្មទាំងនេះត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកដោយមិនគិតថ្លៃ។

### **Chinese (Simplified)**

如果您或者您正在帮助的人需要语言服务，请致电 1-833-236-4141 (TTY: 711)。还可提供面向残障人士的帮助和服务，例如盲文和大字版文档。这些服务免费为您提供。

### **Chinese (Traditional)**

如果您或您正在幫助的其他人需要語言服務，請致電 1-833-236-4141 (TTY: 711)。另外，還為殘疾人士提供輔助和服務，例如盲文和大字版文件。這些服務對您免費提供。

### **Farsi**

اگر شما یا هر فرد دیگری که به او کمک می‌کنید نیاز به خدمات زبانی دارد، با شماره 1-833-236-4141 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدماتی مانند مدارک با خط بریل و چاپ درشت نیز برای معلولان قابل عرضه است. این خدمات هزینه‌ای برای شما نخواهد داشت.

### **Hindi**

यदि आपको, या जिसकी आप मदद कर रहे हैं उसे, भाषा सेवाएँ चाहिए, तो कॉल करें 1-833-236-4141 (TTY: 711)। विकलांग लोगों के लिए सहायता और सेवाएँ, जैसे 'ब्रेल' लिपि और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़, भी उपलब्ध हैं। ये सेवाएँ आपके लिए मुफ्त उपलब्ध हैं।

### **Hmong**

Yog hais tias koj, los sis ib tus neeg twg uas koj tab tom pab nws, xav tau cov kev pab cuam txhais lus, hu rau 1-833-236-4141 (TTY: 711). Tsis tas li ntawd, peb kuj tseem muaj cov khoom siv pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab tib si, xws li cov ntaub ntawv uas tuaj yeem nkag cuag tau yooj yim thiab cov ntaub ntawv luam tawm uas pom tus niam ntawv loj. Cov kev pab cuam no yog muaj pab yam tsis xam nqi dab tsi rau koj them li.

### **Japanese**

ご自身またはご自身がサポートしている方が言語サービスを必要とする場合は、1-833-236-4141 (TTY: 711)。までお問い合わせください。障がいをお持ちの方のために、点字や大活字の文書などの補助・サービスも提供しています。これらのサービスは無料で提供されています。

### **Korean**

귀하 또는 귀하가 도와주고 있는 분이 언어 서비스가 필요하시면 1-833-236-4141 (TTY: 711) 번으로 연락해 주십시오. 장애가 있는 분들에게 보조 자료 및 서비스(예: 점자 및 대형 활자 인쇄본)도 제공됩니다. 이 서비스는 무료로 이용하실 수 있습니다.

### **Laotian**

ຖ້າທ່ານ, ຫຼື ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ທ່ານກຳລັງຊ່ວຍເຫຼືອ, ຕ້ອງການບໍລິການແປພາສາ, ໂທ 1-833-236-4141 (TTY: 711) ນອກນັ້ນ, ພວກເຮົາຍັງມີອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສຳລັບຄົນພິການອີກດ້ວຍ, ເຊັ່ນ ເອກະສານເປັນຕົວອັກສອນນູນ ແລະ ພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນມີໄວ້ຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານໃດໜຶ່ງໄດ້ເສຍຄ່າໃດໆ.

### **Mien**

Beiv hngv meih ganh a'fai meih tengx ga'hlen mienh, se gorngv qiemx zuqc longc tengx porv waac bun muangx, mborqv finx lorz 1-833-236-4141 (TTY: 711). Mbenc duqv maaih jaa-dorngx aengx caux gong tengx waaic fangx mienh, beiv zoux sou benx nzangc-pokc bun hluc aengx caux domh nzangc. Naaiv deix gong-bou jauv-louc mv zuqc heuc meih ndortv nyaanh cingv.

### **Punjabi**

ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜਾਂ ਜਿਸ ਦੀ ਤੁਸੀਂ ਮਦਦ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਨੂੰ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ, ਤਾਂ 1-833-236-4141 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਹਨ।

### **Russian**

Если вам или человеку, которому вы помогаете, необходимы услуги перевода, звоните по телефону 1-833-236-4141 (TTY: 711). Кроме того, мы предоставляем материалы и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы, выполненные шрифтом Брайля или крупным шрифтом. Эти услуги предоставляются бесплатно.

### **Spanish**

Si usted o la persona a quien ayuda necesita servicios de idiomas, comuníquese al 1-833-236-4141 (TTY: 711). También hay herramientas y servicios disponibles para personas con discapacidad, como documentos en braille y en letra grande. Estos servicios no tienen ningún costo para usted.

### **Tagalog**

Kung ikaw o ang taong tinutulungan mo ay kailangan ng mga serbisyo sa wika, tumawag sa 1-833-236-4141 (TTY: 711). Makakakuha rin ng mga tulong at serbisyo para sa mga taong may mga kapansanan, tulad ng mga dokumentong nasa braille at mga malaking print. Wala kang babayaran para sa mga serbisyong ito.

### **Thai**

หากคุณหรือคนที่คุณช่วยเหลือ ต้องการบริการด้านภาษา โทร 1-833-236-4141 (TTY: 711) นอกจากนี้ยังมี ความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้ทุพพลภาพ เช่น เอกสารในรูปแบบอักษรเบรลล์และตัวพิมพ์ขนาดใหญ่ บริการเหล่านี้ ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับคุณ

### **Ukrainian**

Якщо вам або людині, якій ви допомагаєте, потрібні послуги перекладу, телефонуйте на номер 1-833-236-4141 (TTY: 711). Ми також надаємо матеріали та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи шрифтом Брайля або надруковані великим шрифтом. Ці послуги для вас безкоштовні.

### **Vietnamese**

Nếu quý vị hoặc ai đó mà quý vị đang giúp đỡ cần dịch vụ ngôn ngữ, hãy gọi 1-833-236-4141 (TTY: 711). Chúng tôi cũng có sẵn các trợ giúp và dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và bản in khổ lớn. Quý vị được nhận các dịch vụ này miễn phí.





## Comuníquese con nosotros para obtener más información

Community Health Plan of Imperial Valley  
512 W. Aten Road  
Imperial, CA 92251

### Servicios al Afiliado

Número de teléfono gratuito 1-833-236-4141 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

### Servicios de Inscripción

Llame al número gratuito 1-888-972-0394 (TTY:711) de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 6:00 p. m. (hora del Pacífico).

[www.chpiv.org](http://www.chpiv.org)

¡Le damos la bienvenida a su plan  
Medi-Cal Community  
Health Plan of  
Imperial Valley!