



manual

Guía para miembros de CoverKids | 2026



BlueCare
Tennessee

CoverKids

Números de teléfono GRATIS para obtener ayuda

Números de teléfono importantes de CoverKids

Servicios para Miembros de CoverKids Llame para conocer más sobre su atención médica	888-325-8386 Línea de TTY/TDD: 711 y pida llamar al 888-418-0008
Línea de ayuda de enfermería	800-262-2873
Renaissance (programa dental de CoverKids) Llame para conocer más sobre la atención dental (de los dientes) para niños menores de 19 años de edad	866-864-2526
Servicios de farmacia de OptumRx (programa de farmacia de CoverKids) Llame para conocer más sobre los servicios de farmacia de CoverKids	844-568-2179
Oficina del Inspector General (OIG) Llame para denunciar fraude o abuso de miembros de CoverKids	800-433-3982
Oficina de Integridad del Programa de TennCare Llame para denunciar el fraude de proveedores de CoverKids	833-687-9611
Salud de la población	888-325-8386
TennCare Connect Llame para conocer más sobre lo siguiente: <ul style="list-style-type: none">• Cambio de dirección, cantidad de integrantes de la familia, trabajo o ingresos• Embarazo y nacimiento de su bebé• Cómo completar su renovación• Apelaciones para obtener o conservar CoverKids• Copagos de CoverKids• Cómo realizar una solicitud para CoverKids• Programas como los cupones de alimentos o Families First (Primero las familias)	855-259-0701
Recursos de la comunidad Llame para obtener ayuda para conectarse con bancos de alimentos, servicios de vivienda y otras necesidades de la vida.	888-325-8386 communitycompass.tn.gov/

CoverKids y su plan de salud, BlueCare Tennessee

Manual para miembros 2026

¿Necesita un manual de CoverKids en español? Para conseguir un manual en español, llame a BlueCare Tennessee al **888-325-8386**.

Su derecho a la privacidad

Existen leyes que protegen su privacidad. Estas leyes establecen que no podemos comunicarles a los demás ciertos datos sobre usted. Lea más sobre sus derechos de privacidad en la Parte 6 de este manual.

IMPORTANTE:

Incluso si no usa los beneficios de CoverKids, el estado aún paga para que usted los reciba. Si ya no necesita los beneficios de CoverKids, llame a TennCare Connect de forma gratuita al **855-259-0701**.

¿Necesita ayuda?

Tenemos ayuda y servicios auxiliares gratis, como letra grande, para comunicarnos de forma efectiva con usted. Llámenos al 888-325-8386 (TRS: 711). Si habla un idioma que no es inglés, hay ayuda disponible en su idioma de forma gratuita. Contamos con servicios gratuitos de interpretación y traducción para ayudarlo.

Spanish: Español

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-325-8386 (TRS/TTY:866-503-0264).

Arabic: العربية

برقم اتصل مجاناً لك متوفرة اللغوية المساعدة خدمات العربية اللغة تتكلم اذا ملحوظة: 1-888-325-8386

Chinese: 繁體中文

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-325-8386

Vietnamese: Tiếng Việt

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-325-8386

Korean: 한국어

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-325-8386 번으로 전화해 주십시오.

French: Français

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-888-325-8386.

Amharic: አማርኛ

ማሳሰቢያ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገለግሉት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-888-325-8386.

Gujarati: ગુજરાતી

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-888-325-8386.

Laotian: ພາສາລາວ

ໂປດ ຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີຮ່ວມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-888-325-8386.

German: Deutsch

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung.
Rufnummer: 1-888-325-8386.

Tagalog: Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-325-8386.

Hindi: हिंदी

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-888-325-8386 पर कॉल करें।

Russian: Русский

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода.
Звоните 1-888-325-8386.

Japanese: 日本語

「日本語を話す方は、通訳や翻訳などの言語支援サービスを無料で利用できます」

Persian: فارسی

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با

تماس بگیرید 1-888-325-8386

El [Sistema de Apoyo a Beneficiarios \(BSS\)](#) ayuda a las personas que están inscritas en CHOICES, Employment and Community First (ECF) CHOICES y el programa Katie Beckett. También ayudan a las personas que desean inscribirse en estos programas. Para obtener ayuda, llame al 888-723-8193.

El programa TennCare no discrimina a las personas por motivos de raza, color, nacionalidad, incluido el dominio limitado del inglés y el idioma principal, la edad, la discapacidad, la religión o el sexo. Si necesita modificaciones razonables o cree que lo trataron de manera diferente, o lo discriminaron, puede presentar una queja (reclamo) ante la [Oficina de Cumplimiento de Derechos Civiles](#) de TennCare a HCFA.fairtreatment@tn.gov, <https://www.tn.gov/tenncare/members-applicants/civil-rights-compliance.html>, 310 Great Circle Road Floor 3W, Nashville, TN 37243, o llamar al 615-507-6474 (TRS 711). ¿Necesita ayuda para presentar una queja? Llame a TennCare Connect al 855-259-0701.

Aviso de no discriminación

Protecciones

La discriminación es ilegal. TennCare cumple con las leyes federales y estatales sobre derechos civiles. No discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, incluido el dominio limitado del inglés y el idioma principal, la edad, la discapacidad o el sexo. TennCare no excluye a las personas ni las trata de manera menos favorable (diferente) por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Ayuda que puede obtener

Ayuda relacionada con la discapacidad

TennCare proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables. Las modificaciones razonables son solicitudes razonables de cambios en una regla, política, práctica o servicio para ayudar a una persona con una necesidad relacionada con una discapacidad. TennCare cuenta con ayuda y servicios auxiliares gratuitos para comunicarse de forma efectiva con usted.

La ayuda y los servicios auxiliares son tipos de asistencia, como los siguientes:

- intérpretes calificados en lenguaje de señas;
- información escrita en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, lectura de cartas, Braille u otros formatos.

Ayuda con el idioma

TennCare ofrece ayuda lingüística gratuita a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como:

- intérpretes calificados;
- traducciones, información por escrito en otros idiomas.

A quién contactar

TennCare Connect

¿Necesita ayuda, como solicitar o renovar su TennCare, necesita ayuda y servicios auxiliares o asistencia lingüística para hablar con TennCare? Llame a TennCare Connect en forma gratuita al 855-259-0701.

Oficina de Cumplimiento de Derechos Civiles de TennCare

- Modificaciones razonables
Si necesita modificaciones razonables, comuníquese con la Oficina de Cumplimiento de Derechos Civiles (Office of Civil Rights Compliance, OCRC) de TennCare.
- Quejas/reclamos
Si considera que TennCare no le ha brindado estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra forma por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal ante la OCRC de TennCare de la siguiente manera:
 - Correo electrónico: HCFA.fairtreatment@tn.gov

- Correo postal:
310 Great Circle Road Floor 3W
Nashville, TN 37243
- En línea: <https://www.tn.gov/tenncare/members-applicants/civil-rights-compliance.html>
- Teléfono: 615-507-6474 (TRS 711).

Si necesita ayuda para presentar una queja, llame a TennCare Connect de forma gratuita al 855-259-0701.

Información adicional

Puede encontrar formularios, políticas y más información sobre derechos civiles y ayuda para alimentos u otros temas en el sitio web de la OCRC: <https://www.tn.gov/tenncare/members-applicants/civil-rights-compliance.html>.

Puede presentar una queja por derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.:

En línea: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Correo postal:

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

Teléfono: 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

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

Índice

Bienvenido a CoverKids y su plan de salud BlueCare Tennessee	1
Su plan de salud de CoverKids.....	3
Su plan de salud de farmacia.....	3
Plan de salud dental para niños	3
Parte 1: Cómo utilizar su plan de salud de CoverKids	5
Su tarjeta de miembro.....	6
Red de proveedores de CoverKids	7
Cómo obtener ayuda lingüística gratis en sus visitas de atención médica.....	8
Consultas médicas	8
Cómo cambiar de PCP	10
Servicios de atención de salud conductual (salud mental y trastornos por consumo de sustancias)	11
Proveedores especialistas.....	12
Atención hospitalaria.....	12
Parte 2: Servicios que CoverKids paga	18
Paquete de beneficios	19
Atención con límites	21
Servicios alternativos.....	23
Otros servicios de CoverKids	24
Atención preventiva: atención que lo mantiene saludable	26
Embarazo.....	27
Atención preventiva para niños: Atención médica para su hijo y adolescente	29
Los controles pueden incluir:.....	30
Atención dental para niños (para los dientes).....	31
Atención de visión para niños (para los ojos).....	32
Servicios no cubiertos.....	32
Parte 3: Cómo funciona el programa CoverKids para usted	35
Lo que paga por su atención de la salud: copagos	36
Parte 4: Ayuda para solucionar problemas con sus beneficios de CoverKids	42
Tipos de problemas y lo que puede hacer	43
Parte 5: Apelaciones de CoverKids	51
Apelaciones de servicios médicos	52
Apelaciones de elegibilidad: para obtener o mantener la cobertura de CoverKids y tratar otros problemas de CoverKids.....	58
Parte 6: Sus derechos y sus responsabilidades como miembro de CoverKids	61

Tiene derecho a:.....	62
Tiene la responsabilidad de:	65
Aviso de prácticas de privacidad	66
Su responsabilidad de informar casos de fraude y abuso.....	74
Parte 7: Documentos de atención médica que pueda necesitar	76
Parte 8: Información adicional	79
Calendario de vacunación de CoverKids.....	80
Definiciones legales	97
Glosario.....	97

Bienvenido a CoverKids y su plan de salud BlueCare Tennessee

Este es su Manual para miembros de CoverKids. Este manual le informa cómo usar CoverKids para recibir atención. CoverKids proporciona seguro de salud para algunos niños menores de 19 años de edad y algunas mujeres embarazadas. CoverKids es un programa de la División de TennCare del estado de Tennessee.

IMPORTANTE: Tener otro seguro, incluso Medicare, no está permitido para nadie que tenga CoverKids.

Si tiene u obtiene otro seguro de salud, llame a TennCare Connect al 855-259-0701 y pida finalizar sus beneficios de CoverKids.

¿Por qué es importante conocer sus beneficios de CoverKids?

Porque le ayuda a conocer el tipo de beneficios de atención médica que CoverKids cubre. También le ayuda a saber si debe pagar copagos por los beneficios de CoverKids. Más adelante en este manual, le brindaremos más información sobre sus beneficios y copagos de CoverKids.

TennCare/CoverKids le envió una carta para informarle que tiene CoverKids y qué día comenzó su cobertura de CoverKids. Si tiene preguntas o problemas con respecto a las fechas de CoverKids, puede llamar a TennCare Connect de forma gratuita al **855-259-0701**.

IMPORTANTE: la ley estatal establece que debe informar a CoverKids sobre cualquier cambio que pueda afectar su cobertura. **Debe** informar estos cambios dentro de los 10 días posteriores al cambio y debe proporcionar a CoverKids la prueba que necesitan para realizar el cambio. Llame o realice cambios en el portal en línea de TennCare Connect de inmediato si:

- Se muda.**
- Cambia de trabajo.
- La cantidad de miembros de su familia cambia.
- Sus ingresos varían.
- Obtiene un seguro de salud grupal.

** Cada vez que se mude, debe informar a CoverKids sobre su nueva dirección.

¿Por qué? TennCare/CoverKids le envía información importante sobre sus beneficios y su cobertura de CoverKids por correo. Si no tienen su dirección actual, **podría perder** sus beneficios de CoverKids. Llame a TennCare Connect al **855-259-0701** para informarles sobre su nueva dirección, o puede hacer cambios en línea al crear una cuenta gratuita de TennCare Connect en **tenncareconnect.tn.gov**.

Su plan de salud de CoverKids

BlueCare Tennessee es su plan de salud de CoverKids que le ayuda a obtener **atención médica física o conductual (salud mental, servicios por consumo de alcohol y sustancias)**. Si tiene preguntas sobre cómo obtener atención de salud física o conductual, llámenos al **888-325-8386**. Es una llamada gratuita.

¿Tiene preguntas sobre su salud? ¿Necesita saber qué tipo de médico debe consultar? Llame a nuestra Línea de ayuda de enfermería al **800-262-2873**. Es una llamada gratuita.

Su plan de salud de farmacia

Tiene cobertura de medicamentos recetados a través de CoverKids. El plan de farmacia de CoverKids se llama **OptumRx**. Recibirá una tarjeta de farmacia por separado. Si necesita surtir una receta, puede ir a la farmacia y usar su tarjeta de identificación de miembro de OptumRx.

Antes de irse, asegúrese de que la farmacia que usa acepte CoverKids. Para averiguarlo, visite la **herramienta Find a Network Pharmacy (Encuentre una farmacia de la red)** en welcome.optumrx.com/tenncare. Ingrese la información solicitada para encontrar farmacias cercanas que acepten CoverKids. O bien, puede llamar a Servicios de Farmacia de CoverKids para obtener ayuda, las veinticuatro horas del día, los siete días de la semana, al **844-568-2179**.

¿Necesita más ayuda? ¿Tiene preguntas sobre su tarjeta? Llame a Servicios de Farmacia de CoverKids al **844-568-2179**.

Conozca más sobre su cobertura de medicamentos recetados en la Parte 1 y la Parte 2.

Plan de salud dental para niños

CoverKids solo cubre la atención dental de rutina para niños menores de 19 años de edad. El plan de salud dental de CoverKids es **Renaissance**. El personal puede ayudarle si tiene preguntas sobre la atención dental. Para encontrar un dentista de Renaissance, visite

tenncare.renaissancebenefits.com. Luego, haga clic en **Find a Dentist (Buscar un dentista)**. O bien, puede llamar a Renaissance al **866-864-2526**.

NOTA: CoverKids **no** cubre ninguna atención dental de rutina, incluida la cirugía bucal, si tiene 19 años de edad o más.

Parte 1: Cómo utilizar su plan de salud de CoverKids

Su tarjeta de miembro

Cada miembro de CoverKids tiene una tarjeta de miembro. Este es un ejemplo de cómo se ve su tarjeta:

BlueCare Tennessee		COVERKIDS
CHRIS B	Fecha de entrada en vigencia:	
HALL	Fecha de nacimiento del miembro:	
Identificación del miembro ABC123456789	Nivel de beneficio:	
Número de grupo: 119002	Copagos:	
Red BlueCare	OV \$	
Médico de atención primaria (PCP)	SPEC \$	
	IPH \$	
	PV \$	

Aquí se incluyen algunos de los elementos que contiene su tarjeta:

- El **nombre del miembro** es el nombre de la persona que puede hacer uso de la tarjeta.
- El **número de identificación** es el número que nos indica quién es usted.
- El **número de grupo** es el número que nos indica que usted es miembro de CoverKids.
- La **red de proveedores** es la elección de médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica que aceptan su tarjeta de CoverKids.
- El **copago** es lo que paga por cada servicio de atención médica. No todas las personas tienen copagos.
- El **indicador de beneficios** es el tipo de paquete de beneficios de CoverKids que tiene. Su paquete de beneficios es el tipo de servicios o atención que CoverKids cubre para usted.

Lleve su tarjeta con usted en todo momento. Deberá presentarla cuando visite a su médico y cuando vaya al hospital.

Esta tarjeta es solo para usted. No deje que nadie más use su tarjeta. Si pierde o le roban su tarjeta, o si tiene información incorrecta, llámenos al **888-325-8386** para solicitar una tarjeta nueva. Es una llamada gratuita.

Si tiene preguntas sobre CoverKids, puede hacer lo siguiente:



Escríbanos:

Servicios para
Miembros de
CoverKids

1 Cameron Hill
Circle, Ste. 73

Chattanooga, TN
37402-0002



Llámenos:

888-325-8386

Red de proveedores de CoverKids

Dentro de la red

Los médicos, demás profesionales y lugares que trabajan con CoverKids se denominan la **red de proveedores**. Todos estos proveedores de CoverKids están incluidos en nuestro **Directorio de proveedores**. Puede buscarlos en el Directorio de proveedores en línea en bluecare.bcbst.com. O bien, llámenos al **888-325-8386** para obtener una lista. Es posible que los proveedores se hayan registrado o retirado después de imprimir la lista. Sin embargo, el Directorio de proveedores en línea se actualiza cada semana. También puede llamarnos al **888-325-8386** para averiguar si hay un proveedor en nuestra red.

A veces su proveedor no puede brindarle la atención o el tratamiento que necesita debido a sus creencias personales. Llámenos al **888-325-8386**. Podemos ayudarle a encontrar un médico que pueda brindarle la atención o el tratamiento que necesita.

Para encontrar médicos que hablen otros idiomas, puede consultar el Directorio de proveedores de CoverKids en línea en bluecare.bcbst.com.

Debe visitar médicos que acepten CoverKids para que este pague su atención médica.

Fuera de la red

Un médico que no está en la red de proveedores y no acepta CoverKids se denomina **proveedor fuera de la red**. La mayoría de las veces, si acude a un médico fuera de la red, **CoverKids no pagará**.

Pero a veces, como en emergencias o para consultar a especialistas, CoverKids pagará por un médico que se encuentre fuera de la red. A menos que sea una emergencia, primero debe contar con una **aprobación**. En las secciones **Especialistas** y **Emergencias** se brinda más información sobre cuándo puede acudir a alguien que se encuentre fuera de la red.

Información importante



Importante: si ya estaba recibiendo atención o tratamiento cuando comenzó su cobertura de CoverKids, es posible que pueda seguir recibiendo la atención sin una aprobación o derivación. Llámenos al **888-325-8386** para averiguar cómo hacerlo.

Cómo obtener ayuda lingüística gratis en sus visitas de atención médica

Si el inglés no es su idioma principal, puede solicitar un intérprete cuando vaya a recibir la atención. Este es un servicio gratuito para usted. **Antes de su cita, llámenos a nosotros o a su proveedor** para que pueda obtener ayuda con los servicios de idiomas.

También puede consultar nuestro Directorio de proveedores para encontrar médicos que hablen otros idiomas en línea en **bluecare.bcbst.com**.

También puede obtener ayuda gratuita para comunicarse con su médico, como un intérprete de lengua de señas, escribir notas o un guion gráfico. **Antes de su cita, llámenos a nosotros o a su proveedor** para obtener esta ayuda.

Consultas médicas

Su médico de atención primaria: la principal persona a la que usted recurre para recibir atención

Puede recurrir a una persona principal para su atención médica. Puede ser un médico, un enfermero practicante o el asistente de un médico. Esta persona se denomina **médico de atención primaria** o **PCP**.

El nombre de su PCP a veces figura en el anverso de su tarjeta. ¿Qué sucede si su tarjeta no indica el nombre de su PCP? Llámenos al **888-325-8386** para conocer el nombre de su PCP o buscar información sobre otros PCP en nuestra red. ¿Qué sucede si desea cambiar su PCP?

En la siguiente página se informa cómo hacerlo.

La mayoría de los PCP tienen un horario de atención regular. Sin embargo, puede llamar a su PCP en cualquier momento. Si llama después del horario de atención habitual, le indicarán cómo comunicarse con el médico. Si no puede hablar con alguien fuera del horario de atención, llámenos al **888-325-8386**.

Si su PCP es nuevo para usted, debe conocerlo. Llame para obtener una cita con su PCP lo antes posible. Esto es aún más importante si ha estado recibiendo atención o tratamiento a través de otro médico. Deseamos asegurarnos de que continúe recibiendo la atención que necesita. Pero, aunque se sienta bien, debe llamar para realizarse un examen físico con su PCP.

Antes de ir a su primera cita con su PCP:

1. Solicítele a su médico anterior que le envíe sus registros médicos a su PCP. Esto no tendrá ningún costo para usted. Estos registros son suyos y ayudarán a su PCP a conocer su estado de salud.
2. Llame a su PCP para programar su cita.
3. Tenga su tarjeta de CoverKids a mano cuando llame.
4. Diga que es miembro de CoverKids y proporcíónele su número de identificación de CoverKids.
5. Anote la fecha y el horario de su cita. Si es un paciente nuevo, es posible que el proveedor le solicite que se presente más temprano. Anote el horario en que le piden que se presente.
6. Confeccione una lista de las preguntas que desee hacerle a su PCP. Enumere todos los problemas de salud que tenga.

El día de su cita:

1. Lleve todos sus medicamentos y la lista de preguntas con usted. De esta manera, su PCP sabrá cómo ayudarlo.

2. Llegue puntualmente a la visita. Si no puede asistir a la cita, llame a su PCP para acordar otra.
3. Lleve su tarjeta de identificación de CoverKids con usted. Es posible que su PCP haga una copia de esta. Si tiene algún otro seguro, lleve también la tarjeta de identificación correspondiente con usted.
4. Pague su copago si tiene uno. Puede obtener más información sobre los copagos en la Parte 3 de este manual.

Su PCP le brindará la **mayor parte** de su atención médica. Su PCP puede detectar y tratar problemas de salud en forma temprana. Él o ella tendrá sus registros médicos. Su PCP puede ver el panorama completo de su atención médica. Su PCP lleva un registro de toda la atención médica que reciba.

Cómo cambiar de PCP

Hay muchos motivos por los cuales puede necesitar cambiar su PCP. Tal vez desee visitar a un PCP cuyo consultorio esté más cerca de su domicilio. O bien, su PCP puede dejar de trabajar con nosotros. Si no encuentra un nuevo PCP, nosotros le ayudaremos a encontrar uno por usted para que pueda continuar recibiendo atención.

Para cambiar de PCP, haga lo siguiente:

1. Encuentre un nuevo PCP en la red de CoverKids. Para encontrar un nuevo PCP, busque en nuestro Directorio de proveedores. O bien, puede visitar bluecare.bcbst.com o llamar al **888-325-8386**.
2. Luego llame al nuevo PCP para asegurarse de que pertenezca a la red de proveedores de CoverKids. **Asegúrese** de que acepte nuevos pacientes.

¿Necesita ayuda para encontrar un nuevo PCP? Llámenos al **888-325-8386**.

Trabajaremos con usted para encontrar un nuevo proveedor de atención primaria que acepte nuevos pacientes.

¿Su hijo adolescente está listo para un proveedor de atención médica para adultos?

Podemos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor y aliviar algunas inquietudes sobre este cambio.

Puede llamar a Population Health al **888-325-8386** para obtener ayuda.

Servicios de atención de salud conductual (salud mental y trastornos por consumo de sustancias)

No es necesario que consulte a su PCP antes de recibir servicios de salud conductual. Sin embargo, deberá recibir atención de alguien que esté en nuestra red. Si está recibiendo atención en este momento, pregunte a su proveedor si acepta CoverKids.

Una Agencia Comunitaria de Salud Mental (Community Mental Health Agency, CMHA) es un lugar al que puede acudir para recibir servicios de salud mental o de trastorno por consumo de sustancias. La mayoría de las CMHA aceptan CoverKids.

Antes de su primera visita:

1. **Solicite** a su médico anterior que envíe sus registros médicos a su proveedor actual. Esto no tendrá ningún costo para usted. Ellos ayudarán a su proveedor a conocer sus necesidades.
2. **Tenga su tarjeta de CoverKids a mano** cuando llame para programar su cita con su nuevo proveedor.
3. Diga que es miembro de CoverKids y proporciónese su **número de identificación** de CoverKids.
4. **Anote** la fecha y el horario de su cita. Si es un paciente nuevo, es posible que el proveedor le solicite que se presente más temprano. Anote el horario en que le piden que se presente.
5. **Confeccione una lista** de las preguntas que desee hacerle a su proveedor. Enumere todos los problemas que tenga.

El día de su cita:

1. **Lleve** todos sus medicamentos y la lista de preguntas con usted. De esta manera, su proveedor sabrá **cómo ayudarlo**.
2. **Llegue puntualmente** a la visita. Si no puede asistir a la cita, llame a su proveedor para acordar otra.
3. **Lleve su tarjeta de identificación** de CoverKids con usted. Es posible que su proveedor haga una copia de esta.
4. **Pague** su copago si tiene uno. Puede obtener más información sobre los copagos en la Parte 3 de este manual.

Si necesita ayuda para encontrar servicios de salud mental y de trastornos por consumo de sustancias, llámenos al **888-325-8386**. O bien, si tiene preguntas sobre los servicios de salud mental y de trastornos por consumo de sustancias, llámenos al **888-325-8386**. Es una llamada gratuita.

Proveedores especialistas

Un **especialista** es un médico que brinda atención para una determinada enfermedad o parte del cuerpo. Un tipo de especialista es un cardiólogo, que es un médico del corazón. Otro tipo de especialista es un oncólogo, que trata el cáncer. Hay muchos tipos de especialistas.

Su PCP podría enviarlo a un especialista para recibir atención médica. Si el especialista no pertenece a nuestra red de proveedores, su proveedor debe obtener primero nuestra aprobación. Si tiene copagos, su copago es el mismo incluso si el especialista está fuera de la red.

Sin embargo, **no** tiene que ver a su PCP primero para acudir a un médico de salud de la mujer. Un médico de salud de la mujer se denomina obstetra o ginecólogo.

El especialista en salud de la mujer debe seguir perteneciendo a nuestra red. Encontrará más información sobre la atención médica de la mujer en la Parte 2 de este manual.

Y recuerde, **no** tiene que ver a su PCP primero para acudir a un especialista o proveedor de salud conductual por servicios de salud mental, alcohol o trastornos por consumo de sustancias.

Si necesita ayuda para encontrar un médico especialista, llámenos al **888-325-8386**.

Atención hospitalaria

Si necesita atención hospitalaria, su proveedor de la red o de salud conductual la organizarán para usted.

Debe tener la aprobación de su proveedor de la red para recibir atención hospitalaria.

A menos que sea una emergencia, solo pagaremos la atención hospitalaria si su proveedor de la red lo deriva.

Emergencias de salud física

Siempre lleve consigo su tarjeta de CoverKids. En caso de emergencia, los médicos sabrán que usted tiene CoverKids. Puede recibir atención médica de emergencia en cualquier momento que la necesite.

Las emergencias son momentos en los que podría haber un grave peligro o daño a su salud si no recibe atención médica de inmediato. Consulte la Parte 8 de este manual para obtener una definición completa de una emergencia.

Las emergencias pueden incluir situaciones como:

- Falta de aire, incapacidad para hablar
- Un corte grave, fractura o quemadura
- Sangrado que no se detiene
- Dolor intenso en el pecho que no desaparece
- Dolor intenso de estómago que no se detiene
- Convulsiones que hacen que la persona pierda el conocimiento
- Incapacidad para mover las piernas o los brazos
- Una persona que no se despierta
- Sobredosis de drogas

Por lo general, no son emergencias:

- Dolor de garganta
- Resfrío o gripe
- Dolor en la parte inferior de la espalda
- Dolor de oído
- Dolor de estómago
- Cortes pequeños, superficiales
- Hematoma
- Artritis
- Dolor de cabeza, salvo que sea muy intenso y como nunca lo haya tenido antes

Si cree que tiene una emergencia, vaya a la sala de emergencias (Emergency Room, ER) del hospital más cercano. En una emergencia, puede acudir a un hospital que no forme parte

de la red de proveedores. Si no puede llegar a la sala de emergencias, llame al 911 o a su servicio de ambulancia local.

Si no está seguro de que sea una emergencia, llame a su PCP. Puede llamar a su PCP en cualquier momento. Su PCP puede ayudarle a obtener cuidado de emergencia si lo necesita.

Si necesita cuidado de emergencia, no tiene que obtener la aprobación de nadie antes de recibirla.

Después de que la sala de emergencias lo atienda por la emergencia, también recibirá la atención que el médico indique para mantenerlo estable. Esto se denomina atención posterior a la estabilización.

Después de recibir cuidado de emergencia, informe a su PCP o especialista. Su PCP o especialista debe estar al tanto de la emergencia para ayudarle con la atención de seguimiento más adelante. Trate de llamar a su PCP o especialista dentro de las 24 horas de recibir cuidado de emergencia.

Emergencias de salud mental

Puede obtener ayuda por una emergencia de salud mental o por un trastorno por consumo de sustancias en cualquier momento, incluso si está fuera de casa. Y no es necesario que obtenga la aprobación de nadie antes de recibir cuidado de emergencia.

Si tiene una emergencia de salud mental o trastorno por consumo de sustancias, llame o envíe un mensaje de texto al 988 o chatee con 988lifeline.org. También puede acudir al [centro de crisis de salud mental más cercano \(https://www.tn.gov/behavioral-health/need-help/crisis-services/walk-in-centers.html\)](https://www.tn.gov/behavioral-health/need-help/crisis-services/walk-in-centers.html) o a la sala de emergencias de inmediato. ¿Qué sucede si no sabe dónde se encuentra su centro de crisis de salud mental más cercano? Llame a **Servicios de crisis de salud mental** al **988** de inmediato. Estas llamadas y mensajes de texto son gratuitos.

O bien, puede llamar a su proveedor. Su proveedor puede ayudarle a obtener cuidado de emergencia si la necesita. CoverKids paga las emergencias de salud mental o de trastornos por consumo de sustancias, incluso si el médico o el hospital no forman parte de la red de proveedores.

Las emergencias son momentos en los que podría haber un grave peligro o daño a su salud o a la de otra persona si no recibe ayuda de inmediato. Consulte la Parte 8 de este manual para obtener una definición completa de una emergencia.

Las emergencias pueden incluir situaciones como:

- Pensar en hacerse daño.
- Pensar en hacerle daño a otra persona.

Por lo general, no son emergencias:

- Necesita resurtir una receta.
- Solicita ayuda para programar una cita.

Si tiene este tipo de emergencia:

- Llame o envíe un mensaje de texto al 988 o chatee en 988lifeline.org.
- Vaya de inmediato al centro de crisis de salud mental sin cita más cercano o a la sala de emergencias.
- O bien, llame al 911. Estas llamadas son gratis.

Menores de 18 años de edad

Si usted es menor de 18 años de edad, o su hijo tiene menos de 18 años de edad y presenta una emergencia de salud conductual (salud mental o trastorno por consumo de sustancias):

- Llame o envíe un mensaje de texto al 988 o chatee en 988lifeline.org.
- Vaya a la sala de emergencia más cercana.
- O bien, llame al 911.

Para comunicarse directamente con una agencia:

- **Youth Villages**
 - (866) 791-9221 (región norte del centro de Tennessee)
 - (866) 791-9222 (región sur del centro de Tennessee)
 - (866) 791-9227 (región rural del oeste de Tennessee)
 - (866) 791-9226 (región de Memphis)
 - (866) 791-9224 (región este)
 - (866) 791-9225 (región sureste)

- **Mental Health Cooperative**
(615) 726-0125 (condado de Davidson)
- **Frontier Health**
(877) 928-9062 (región noreste de Tennessee)
- **McNabb Center**
(865) 539-2409 (este de Tennessee)

Youth Villages, Frontier Health, Helen Ross McNabb y Mental Health Co-Operative ofrecen servicios de crisis a nivel estatal para niños menores de 18 años. Si acude a la sala de emergencias, alguien de una de estas agencias en su área puede acudir para ayudar a evaluar la necesidad de atención de su hijo.

Si tiene problemas para comunicarse con alguien al número que figura en su área, llame al **888-325-8386**. Le ayudaremos. También puede llamar al 911. Estas llamadas son gratis. Siempre lleve consigo su tarjeta de CoverKids. En caso de emergencia, los médicos sabrán que usted tiene CoverKids.

Después de que la sala de emergencias lo atienda por la emergencia, también recibirá la atención que el médico indique para mantenerlo estable. Esto se denomina atención posterior a la estabilización.

Después de recibir cuidado de emergencia, informe a su proveedor. Su proveedor debe estar al tanto de la emergencia para ayudarlo con la atención de seguimiento más adelante. **Trate de llamar a su proveedor dentro de las 24 horas de recibir cuidado de emergencia.**

Cuidado de emergencia fuera del hogar

El cuidado de emergencia fuera del hogar funciona igual que si estuviera en casa. **En una emergencia**, puede acudir a un hospital que no forme parte de la red. Acuda a la sala de emergencias más cercana o llame al 911. Si tiene una emergencia de salud mental, alcohol o abuso de drogas, puede llamar o enviar un mensaje de texto al 988 o chatear con 988lifeline.org. Aun así, debe llamar a su proveedor y a CoverKids dentro de las 24 horas de haber recibido el cuidado de emergencia fuera del hogar.

Muestre su tarjeta de CoverKids cuando reciba el cuidado de emergencia. Pídale a la sala de emergencias que envíe la factura a CoverKids. Si en la sala de emergencias le dicen que no, pregúnteles si le enviarán la factura a su hogar. O si tiene que pagar la atención, obtenga un recibo.

Cuando llegue a su casa, llámenos al **888-325-8386** e indíquenos que tuvo que pagar su atención médica o que tiene una factura por ella. Trabajaremos con usted y el proveedor para presentar una reclamación por su atención.

IMPORTANTE: CoverKids solo pagará la atención de emergencia fuera del hogar que se obtenga dentro de los Estados Unidos. No podemos pagar la atención que recibe fuera del país.

Parte 2: Servicios que CoverKids paga

Paquete de beneficios

Puede encontrar una lista de servicios de CoverKids en las páginas siguientes. Algunos de los servicios tienen límites. Esto significa que CoverKids pagará únicamente una cierta cantidad de ese cuidado. Los servicios que se enumeran **como médicamente necesarios** significan que usted puede recibirlos si su médico, su plan de salud y CoverKids coinciden en que los necesita.

Si tiene preguntas sobre cuáles son sus servicios de atención física o de salud conductual, llámenos al **888-325-8386**.

Beneficios para CoverKids

Todos los servicios cubiertos por CoverKids deben ser médicamente necesarios según lo definido en las reglas de CoverKids. La definición de médicamente necesario se encuentra en la Parte 8 de este manual. Para obtener más información sobre los servicios cubiertos con límites, consulte "Atención con límites" que comienza en la página 20.

Beneficios para CoverKids

Servicios de CoverKids	Cubierto/Sin cobertura
Servicios quiroprácticos	Cubierto con límites Sin cobertura para mujeres embarazadas mayores de 19 años de edad
Servicios clínicos y otros servicios de atención médica ambulatoria	Con cobertura
Servicios dentales	Cubierto con límites Sin cobertura para mujeres embarazadas mayores de 19 años de edad
Suministros médicos desechables	Con cobertura
Equipos médicos duraderos (DME)	Cubierto con límites

Ambulancia de emergencia aérea y terrestre	Con cobertura
Atención de emergencia	Con cobertura
Servicios de salud domiciliarios	Cubierto con límites
Atención en un centro de cuidados paliativos (debe ser proporcionada por un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare)	Con cobertura
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados, incluidos los servicios hospitalarios de rehabilitación	Con cobertura
Servicios de salud mental residencial y tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes hospitalizados	Con cobertura
Servicios de laboratorio y radiografía	Con cobertura
Servicios de terapia ocupacional	Cubierto con límites
Servicios de salud mental y tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	Con cobertura
Servicios para pacientes ambulatorios	Con cobertura
Servicios de fisioterapia	Cubierto con límites
Servicios médicos	Con cobertura
Atención prenatal y servicios y suministros familiares previos al embarazo	Con cobertura
Medicamentos recetados	Con cobertura
Evaluaciones de salud de rutina y vacunas	Con cobertura

Servicios de centros de enfermería especializada	Cubierto con límites
Servicios de terapia del habla	Cubierto con límites
Servicios quirúrgicos	Con cobertura
Servicios para la vista	Cubierto con límites Sin cobertura para mujeres embarazadas mayores de 19 años de edad

Atención con límites

Los beneficios tienen cobertura en la medida que sean médicamente necesarios. Sin embargo, algunos beneficios de CoverKids tienen límites. Estos tipos de atención tienen límites:

1. **Servicios quiroprácticos**
2. **Equipo médico duradero**
3. **Servicios de salud domiciliarios**
4. **Terapia ocupacional**
5. **Fisioterapia**
6. **Centro de enfermería especializada**
7. **Terapia del habla**
8. **Servicios para la vista**

1. **Servicios quiroprácticos**

Las visitas de rutina no están cubiertas si no hay progreso o si no se espera que suceda.

2. Equipo médico duradero

El equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) es cualquier equipo que proporciona beneficios terapéuticos debido a ciertas afecciones o enfermedades médicas. Algunos servicios de DME necesitan autorización previa (una aprobación).

Existe un **límite** en el monto que CoverKids pagará por el DME. Se denomina cargo máximo permitido, que es el costo de comprar el DME. El límite depende del tipo de equipo médico duradero que necesite. ¿Qué sucede si alquila el mismo tipo de equipo de varios proveedores de DME y **los cargos totales de alquiler son más de lo que** costaría comprar el equipo?

Usted será responsable del monto que supere lo que CoverKids pagará (el cargo máximo permitido).

Los audífonos se **limitan** a 1 por oído por año calendario hasta los 5 años; a partir de entonces, 1 audífono por oído cada 2 años.

3. Servicios de salud domiciliarios

Existen 2 tipos de atención médica domiciliaria: Atención de enfermería a domicilio y asistente de atención médica a domicilio. Los servicios pueden ser a tiempo parcial o intermitentes durante un período determinado. Solo los servicios de atención de enfermería a domicilio tienen límites. Estos servicios se limitan a 125 visitas por año calendario para la atención proporcionada o supervisada por un enfermero titulado.

4. Terapia ocupacional

La terapia ocupacional incluye el tratamiento médicamente necesario y adecuado que ayuda a las personas que tienen problemas de salud física o conductual a aprender a realizar las actividades de la vida diaria como resultado de una enfermedad o lesión. Servicios limitados a 52 visitas por año calendario.

5. Fisioterapia

La fisioterapia incluye el tratamiento médicamente necesario y adecuado de una enfermedad o una lesión de los músculos o las articulaciones. Servicios limitados a 52 visitas por año calendario.

6. Centro de enfermería especializada

Un centro de enfermería especializada incluye atención médicamente necesaria y adecuada para pacientes hospitalizados, brindada a los miembros que requieren atención médica, de rehabilitación o de enfermería en un entorno de recuperación. Los servicios se limitan a 100 días por año calendario después de la hospitalización aprobada.

7. Terapia del habla

La terapia del habla brindada por un terapeuta del habla con licencia está cubierta para la restauración del habla tras una pérdida o disfunción, y para iniciar el habla debido a un retraso en el desarrollo (siempre que haya un progreso continuo). La pérdida o la disfunción no deben ser causadas por un trastorno mental, psiconeurótico ni de la personalidad. Servicios limitados a 52 visitas por año calendario.

8. Servicios para la vista

Para niños menores de 19 años de edad, los servicios oftalmológicos se limitan a un examen de la vista (incluido un examen refractivo y una prueba de glaucoma) por año calendario, un par de lentes (incluidos bifocales, trifocales, etc.) por año calendario y un par de marcos de anteojos cada 2 años calendario.

Para las mujeres embarazadas de 19 años de edad o más, los servicios oftalmológicos se limitan a la evaluación médica y el manejo de afecciones y trastornos anormales del ojo.

¿Ha utilizado todos sus beneficios? Podemos ofrecer sugerencias y opciones para continuar con la atención. Puede llamar a Population Health al **888-325-8386** para obtener ayuda.

Servicios alternativos

BlueCare Tennessee ofrece ciertos servicios que son sustituciones médicamente apropiadas y económicas para los servicios cubiertos por CoverKids. Estos se denominan “servicios alternativos”. BlueCare Tennessee ofrece los siguientes servicios alternativos:

- Manguitos para medir la presión arterial para mujeres embarazadas o posparto

Al igual que otros servicios, los servicios alternativos están cubiertos cuando son médicamente adecuados para usted en función de su afección médica. Para obtener más información sobre los servicios alternativos, puede llamar a BlueCare Tennessee.

Otros servicios de CoverKids

Algunos servicios están cubiertos por TennCare **solo en casos especiales**. Estos servicios son los siguientes:

- 1. Salud de la población**
- 2. Atención en un centro de cuidados paliativos**
- 3. Esterilización**
- 4. Aborto**
- 5. Histerectomía**

Puede encontrar más información sobre estos servicios a continuación.

1. Salud de la población

Los servicios de Salud de la población le brindan información sobre cómo mantenerse saludable. Si tiene una enfermedad en curso o necesidades de salud insatisfechas, los servicios de Salud de la población pueden ayudarlo a hacer cosas como las siguientes:

- Comprender su enfermedad y cómo sentirse mejor.
- Ayudarlos a usted o a su hijo a encontrar un médico de atención primaria y llegar a sus citas.
- Desarrollar un plan de atención basado en el consejo de su médico o del médico de su hijo para necesidades médicas y de salud conductual.
- Ser un socio para usted o su hijo para coordinar la atención con todos sus proveedores de atención médica.
- Tener un embarazo y un parto saludables.
- Ayuda para obtener sus medicamentos recetados.
- Ayudarle a usted o a su hijo a mantenerse fuera del hospital al recibir atención en la comunidad.
- Identificar organizaciones comunitarias que puedan proporcionar apoyo y recursos no médicos para mejorar su salud y bienestar o el de su hijo.

- Ayudarle con los cambios en el estilo de vida que desea hacer, como dejar de fumar o controlar su peso.
- Ayudar a explicar información de salud importante a usted o a sus médicos.

Los servicios de Salud de la población se brindan independientemente de que esté bien, tenga un problema de salud en curso o padezca un episodio de salud terrible. Los servicios de Salud de la población están disponibles para usted según sus riesgos de salud y la necesidad del servicio.

Salud de la población puede proporcionarle un administrador de la atención. Un administrador de la atención puede ayudarle a obtener toda la atención que necesita. Es posible que pueda tener un administrador de la atención en los siguientes casos:

- Si acude mucho a la sala de emergencias, o si tiene que ir mucho al hospital.
- Si necesita atención médica antes o después de un trasplante.
- Si tiene muchos médicos diferentes para diversos problemas de salud.
- Si tiene una enfermedad en curso con la que no sabe cómo lidiar.
- Si necesita ayuda para encontrar recursos y desarrollar un plan de atención para ayudar a su hijo con discapacidades o necesidades de salud conductual, incluidas enfermedades mentales graves y persistentes (Severe and Persistent Mental Illness, SPMI).
- Si necesita ayuda con recursos para ayudar con las condiciones económicas y sociales.

Para ver si puede tener un administrador de la atención o si desea participar en los servicios de salud de la población, usted (o alguien en su nombre) puede llamar al **888-325-8386**.

2. Atención en un Centro de cuidados paliativos

La atención en un centro de cuidados paliativos es un tipo de atención médica para personas con enfermedades terminales. Debe utilizar un proveedor de cuidados paliativos que forme parte de nuestra red. Para obtener ayuda con la atención en un centro de cuidados paliativos, llámenos al **888-325-8386**.

3. Esterilización

La esterilización es el tratamiento médico o la cirugía que le impide tener hijos. Para recibir este tratamiento, debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Ser un adulto mayor de 21 años de edad.
- Estar mentalmente estable y ser capaz de tomar decisiones sobre su salud.
- No estar en una institución psiquiátrica ni en prisión.

Completar una documentación en la que otorgue su aprobación. Esto se denomina Formulario de consentimiento para esterilización. Puede llamarnos al **888-325-8386** para obtener este documento.

Debe completar la documentación al menos 30 días antes de recibir el tratamiento. Pero en caso de emergencia, como un parto prematuro o una cirugía abdominal, puede completar la documentación al menos 72 horas antes de recibir el tratamiento.

4. Aborto

Los abortos solo pueden estar cubiertos en casos limitados, por ejemplo, si tiene una enfermedad física por la que podría morir si no accede a un aborto.

Su médico debe completar un documento llamado Certificación de necesidad médica para el aborto.

5. Histerectomía

Una histerectomía es una cirugía médica que extirpa los órganos reproductivos. Se puede cubrir una histerectomía cuando se debe realizar para solucionar otros problemas médicos. Después de una histerectomía, no podrá tener hijos. Sin embargo, CoverKids no pagará este tratamiento si lo recibe solo para no tener hijos. CoverKids paga este tratamiento solo si es por un motivo cubierto y es médicamente necesario.

Se le debe informar oralmente y por escrito que someterse a una histerectomía significa que no podrá tener hijos. Debe firmar un documento llamado Formulario de acuse de recibo de histerectomía.

Atención preventiva: atención que lo mantiene saludable

CoverKids cubre la atención preventiva para niños y mujeres que esperan un bebé. La **atención preventiva** le ayuda a mantenerse bien y detecta los problemas de salud en forma anticipada.

NOTA: no tendrá copagos para la atención preventiva.

Algunos servicios de atención preventiva son:

- Controles para niños
- Atención para mujeres que esperan un bebé
- Atención para bebés sanos
- Vacunas y pruebas
- Información sobre anticonceptivos

Embarazo

Si está embarazada, consultar a un médico puede ayudarla a tener un bebé más saludable. La atención antes del nacimiento de su bebé se denomina **atención prenatal**. No **hay copagos** durante el embarazo.

Puede obtener este tipo de atención de su PCP o de un especialista llamado obstetra/ginecólogo. Este tipo de especialista a veces se llama **médico obstetra/ginecólogo (Obstetrician/Gynecologist, OB/GYN)**.

No es necesario que vea a su PCP primero para ir a un médico OB/GYN. Sin embargo, el médico obstetra/ginecólogo debe estar incluido en nuestro Directorio de proveedores para que CoverKids pague por los servicios.

Si ya tiene más de **tres meses** de embarazo y está viendo a un médico obstetra/ginecólogo cuando obtenga sus beneficios de CoverKids, puede seguir con ese médico cuando obtiene su atención. Sin embargo, él o ella debe aceptar el monto que CoverKids paga. Llámenos al **888-325-8386** para averiguar si aún puede ver a este médico. Podemos pedirle que se cambie a un médico obstetra/ginecólogo que esté en nuestro Directorio de proveedores si es seguro cambiarlo.

Acuda a **todas** sus visitas al médico obstetra/ginecólogo, incluso si se siente bien. Su médico le dirá con qué frecuencia debe realizarse controles durante el embarazo. Después de su primera visita, puede ver a su médico cada **4 semanas**. Luego, después de 7 meses, puede ver a su médico cada **2 o 3 semanas**. Cuando se acerque la fecha de nacimiento de su bebé, es posible que vea a su médico cada semana.

Si planea amamantar o extraer leche para su bebé, puede consultar a un asesor especializado en lactancia para obtener ayuda durante su embarazo y después de este.

Haga lo que su médico le indique para cuidar bien de usted y de su bebé. Recuerde tomar las vitaminas que le indique su médico. **No fume ni beba alcohol durante el embarazo.**

Si su médico le receta medicamentos mientras está embarazada, **no tiene** que pagar un copago por ellos en la farmacia. Pero debe decirle al farmacéutico que está embarazada para que no le cobre un copago.

Después del nacimiento del bebé

Tanto usted como su bebé necesitan atención de seguimiento. La atención de la madre después del parto se denomina atención posparto. Asegúrese de programar citas de seguimiento con su médico para que este pueda asegurarse de que está bien después del parto. Debe consultar a su médico dos veces en los primeros tres meses posteriores al nacimiento de su bebé. Si tiene complicaciones o problemas, es posible que su médico quiera revisarla con mayor frecuencia. Tanto su salud física como su salud mental son importantes. Hable con su médico si se siente triste, llora mucho y no sabe por qué, o todo se siente abrumador y desesperanzador.

Es posible que algunas mujeres necesiten consultar a su médico (PCP) o a un especialista en las semanas y meses posteriores al parto para atender problemas como el azúcar alta en la sangre o la presión arterial alta.

La lactancia puede ser difícil. Usted y su bebé pueden consultar a un especialista en lactancia para obtener ayuda. Llame a **BlueCare Tennessee** si necesita ayuda para encontrar un especialista en lactancia cercano.

Su bebé necesita un examen físico con un médico (PCP) unas semanas después del nacimiento. TennCare cubrirá a su bebé cuando nazca. No olvide informarnos que su bebé nació. La atención después del nacimiento de su bebé se denomina **atención posparto**. La atención posparto incluye circuncisiones realizadas por un médico y exámenes de detección especiales para recién nacidos.

Debe encontrar un PCP para su bebé y lo mejor es elegir uno **antes** del nacimiento. El médico del bebé debe estar en nuestro Directorio de proveedores para que TennCare cubra los servicios de atención médica.

Llame al médico con anticipación para programar la cita para el control de su bebé.

Los menores de 2 años pueden recibir hasta 100 pañales por mes de ciertas farmacias. Encontrará una lista de las farmacias participantes en el sitio web de TennCare.

Aquí le explicamos cómo asegurarse de que su bebé reciba CoverKids o TennCare

- Después del nacimiento de su bebé, el hospital le entregará los documentos para obtener un número de Seguro Social de su bebé. **Complete esos documentos y envíelos por correo a la oficina del Seguro Social.**

Informe a CoverKids sobre su bebé lo antes posible. Llame a TennCare Connect al **855-259-0701**. Dígalos que ha completado los documentos correspondientes al número de Seguro Social del bebé.

- Cuando reciba la tarjeta del Seguro Social de su bebé por correo, asegúrese de informarnos. Si su bebé tiene TennCare o CoverKids, llame al **855-259-0701**. Dígalos el número de Seguro Social de su bebé.

Es importante hacer esto tan pronto como nazca su bebé.

Atención preventiva para niños: Atención médica para su hijo y adolescente

¡Revísese, contrólese y regrese para su seguimiento!

El programa CoverKids se esfuerza por mantener saludables a los niños. Todos los niños y adolescentes **necesitan controles de salud** regulares, incluso si **parecen** saludables. Estas visitas ayudan a su médico a **encontrar y tratar los problemas en forma anticipada**.

En CoverKids, los controles para niños son gratuitos.

CoverKids también cubre toda la atención y los medicamentos médicamente necesarios para tratar los problemas que surjan del control. Esto incluye servicios médicos, dentales, del habla, auditivos, de la vista y conductuales (salud mental o problemas de trastornos por consumo de sustancias).

Si su hijo no se ha realizado un control recientemente, llame al PCP de su hijo hoy mismo para programar una cita. Solicite un control de salud regular. Puede visitar al PCP de su hijo o al Departamento de Salud para realizarse controles.

Y, si a otra persona, como el docente de su hijo, le preocupa la salud de su hijo, puede solicitar un control para su hijo.

Los controles pueden incluir:

- historial de salud;
- examen físico completo;
- análisis de laboratorio (según sea necesario);
- vacunas (inmunizaciones);
- exámenes de la visión y la audición;
- examen de conducta/desarrollo (según sea necesario);
- consejos sobre cómo mantener saludable a su hijo.

Si el PCP (pediatra) de su hijo encuentra algún problema, CoverKids también le brinda a su hijo el tratamiento médico, dental, del habla, auditivo, visual y conductual (salud mental o trastornos por consumo de sustancias) que necesite.

Los niños deben ir al médico para realizarse controles incluso si no están enfermos. Deben realizarse controles en los siguientes casos:

- En el nacimiento
- 3-5 días de vida
- 1 mes
- 2 meses
- 4 meses
- 6 meses
- 9 meses
- 12 meses
- 15 meses
- 18 meses
- A los 24 meses
- 30 meses
- Y luego todos los años hasta los 21 años de edad

Las vacunas que los niños deben recibir, para evitar enfermarse, son para:

- Difteria
- Tétano
- Tos ferina
- Poliomielitis
- Sarampión
- paperas;
- Rubéola (MMR)
- Haemophilus influenzae tipo b (HIB)
- Gripe (influenza)
- Hepatitis A y B
- Varicela
- Antineumocócicas
- Contra el rotavirus
- Virus del papiloma humano (VPH)
- Meningitis

Consulte el calendario de vacunas que figura en la Parte 8 de este manual. Se denomina Calendario de vacunación para niños y adolescentes. Le ayudará a saber cuándo debe vacunarse su hijo.

O bien, puede preguntarle al PCP de su hijo cuándo debe vacunarse.

Atención dental para niños (para los dientes)

Si usted es un niño menor de 19 años de edad, también tiene un plan dental para sus dientes llamado **Renaissance**. El personal puede ayudarle si tiene preguntas sobre la atención dental. Para encontrar un dentista de Renaissance, visite www.tenncares.renaissancebenefits.com. Luego, haga clic en **Find a Dentist (Buscar un dentista)**. O bien, puede llamar a Renaissance al **866-864-2526**.

Los dientes de los niños necesitan un cuidado especial. Los niños deben realizarse un control y una limpieza cada seis meses. Los niños deben comenzar a consultar a un dentista en el momento en que sale el primer diente o antes del primer año.

CoverKids cubrirá otra atención dental si es médicamente necesaria. Los aparatos de ortodoncia están cubiertos **solo** si son médicamente necesarios.

No es necesario que consulte a su PCP antes de visitar a un dentista. Sin embargo, deberá ir a un dentista de Renaissance.

Esta atención dental es solo para niños menores de 19 años de edad. CoverKids no paga ninguna atención dental de rutina para mujeres embarazadas de 19 años de edad o más.

Atención de visión para niños (para los ojos)

Los ojos de los niños también necesitan atención especial. A los menores de 19 años de edad se les puede hacer un examen de la vista y recibir lentes y marcos de anteojos según sea médicamente necesario. Su oftalmólogo de CoverKids le mostrará qué marcos puede elegir.

CoverKids cubrirá alguna otra atención de visión si es médicamente necesaria. Los lentes de contacto están cubiertos en lugar de los anteojos.

No es necesario que los niños vean a su PCP antes de ver a su oftalmólogo de CoverKids. Sin embargo, el oftalmólogo aún debe estar en nuestro Directorio de proveedores.

Esta atención de visión es solo para niños menores de 19 años de edad. CoverKids no paga ninguna atención de visión de rutina para mujeres embarazadas de 19 años de edad o más.

Servicios no cubiertos

CoverKids informa que ciertos servicios **no** están cubiertos para ningún beneficiario. O bien, puede llamarnos al **888-325-8386** para obtener una lista completa.

Algunos servicios que no están cubiertos son:

1. Servicios que no sean médicamente necesarios. Sin embargo, la atención preventiva (atención que necesita para mantenerse saludable) está cubierta.
2. Servicios que sean experimentales o de investigación.
3. Cirugía estética.
4. Cualquier tratamiento médico o de salud conductual (salud mental o trastorno por consumo de sustancias) si está en una cárcel o prisión local, estatal o federal.

5. Servicios que recibió antes de que tuviera CoverKids o después de que finalice su cobertura de CoverKids.
6. Artículos de higiene personal, lujo o conveniencia.
7. Cuidado asistencial y servicios de niñera.
8. Servicios destinados principalmente a la atención de convalecencia o curas de reposo.
9. Cuidado de los pies para mayor comodidad o apariencia, como pies planos, callos, callosidades y uñas de los pies.
10. Cirugía de reasignación de sexo y cualquier tratamiento relacionado con ella.
11. Queratotomía radial u otra cirugía para corregir un error refractivo del ojo.
12. Servicios que le brinda alguien de su familia o cualquier persona que viva en su hogar.
13. Servicios de partera fuera de un centro de atención médica autorizado.
14. Cargos que excedan el cargo máximo permitido.
15. Servicios o suministros para cirugía ortognática.
16. Tratamiento y terapias para fines de mantenimiento.
17. Autotratamiento o capacitación.
18. Consultas por teléfono o por correo electrónico, o cargos por completar un formulario de reclamación o por proporcionar expedientes clínicos. Los proveedores de la red no deben facturarle las citas a las que no acudió y los cargos por estas citas no están cubiertos.
19. Cualquier cargo por tarifas de manipulación.
20. Medicamentos y suministros disponibles de venta libre que no requieren una receta según la ley federal o estatal.
21. Medicamentos para:
 - Crecimiento del cabello
 - Fines cosméticos
 - Tratamiento de la impotencia
 - Tratamiento de la infertilidad
22. Control del apetito

23. Medicamentos que la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) dice que son:

- DESI o estudios de eficacia farmacológica: esto significa que las investigaciones indican que no son eficaces.
- LTE o menos eficaz: esto significa que las investigaciones indican que son menos eficaces que el IRS; esto significa que los medicamentos son idénticos, están relacionados o son similares a los medicamentos de LTE.

Algunos servicios están cubiertos para niños menores de 19 años de edad, pero no para mujeres embarazadas mayores de 19 años de edad.

Los servicios que **no están cubiertos** para mujeres embarazadas mayores de 19 años de edad incluyen los siguientes:

1. Servicios dentales de rutina
2. Servicios quiroprácticos
3. Anteojos, lentes de contacto o exámenes de la vista

Parte 3: Cómo funciona el programa CoverKids para usted

Lo que paga por su atención de la salud: copagos

Sus copagos

La atención preventiva es la atención que le ayuda a mantenerse saludable, como controles, vacunas, atención durante el embarazo y parto. Este tipo de atención es siempre gratuita. No tiene copagos para la atención preventiva. Encontrará más información sobre la atención preventiva en la Parte 2.

Para otra atención, como estadías en el hospital o visitas de niños enfermos, es **posible** que deba pagar parte del costo. El copago es lo que paga por cada servicio de atención médica que recibe.

No todas las personas de CoverKids tienen copagos. Su tarjeta de CoverKids le informará si tiene copagos y cuáles son. Los copagos dependen de lo siguiente:

- el tipo de cobertura de CoverKids que tiene,
- los ingresos mensuales de su familia antes de impuestos, y
- cuántas personas de su familia viven con usted.

Solo debe pagar el copago por su atención. No se le debe facturar el resto del costo de su atención. Si se le factura el resto del costo, puede apelar. Consulte la Parte 4 de este manual para saber qué hacer si recibe una factura por su atención.

BlueCare Tennessee		COVERKIDS	
CHRIS B		Fecha de entrada en vigencia:	
HALL		Fecha de nacimiento del miembro:	
Identificación del miembro		Nivel de beneficio:	
ABC123456789		Copagos:	
Número de grupo: 119002		OV \$	
		SPEC \$	
Red BlueCare		IPH \$	
		PV \$	
Médico de atención primaria (PCP)			

Su tarjeta de CoverKids le indica si tiene copagos por visitas a médicos, especialistas, hospitales y sala de emergencias.

Existen tres niveles de beneficios para los copagos en CoverKids: Nivel 1, 2 o 3. Su tarjeta le indicará en qué nivel se encuentra.

Las siguientes páginas le brindan más información sobre los copagos de CoverKids y a dónde llamar si tiene preguntas.

Copagos de CoverKids

¿Paga copagos por visita a un PCP, especialista, sala de emergencias y estadías en el hospital? ¿No está seguro? Consulte su tarjeta de CoverKids o llame a Servicios para Miembros de CoverKids al **888-325-8386**.

Tabla de copago de servicios en el consultorio y para pacientes ambulatorios

Servicios	Nivel de beneficio 1	Nivel de beneficio 2	Nivel de beneficio 3
<p>Visita de atención primaria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita al consultorio con un médico de familia, medicina general, medicina interna, obstetra/ginecólogo, pediatría y clínicas sin cita previa • Incluye enfermeros practicantes, médicos asistentes y enfermeras parteras (solo centros de atención médica con licencia) que trabajan bajo la supervisión de un médico de atención primaria. 	\$15 de copago	\$5 de copago	Sin copago

Servicios	Nivel de beneficio 1	Nivel de beneficio 2	Nivel de beneficio 3
<p>Visita al especialista y cirugía ambulatoria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita al consultorio con cualquier proveedor especializado • Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos servicios de diagnóstico invasivo (p. ej., colonoscopia): copago único por fecha de servicio 	\$20 de copago	\$5 de copago	Sin copago
<p>Servicios de salud conductual (salud mental y por abuso de drogas y alcohol)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita al consultorio • Salud mental y trastorno por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios: copago único por fecha de servicio 	\$15 de copago	\$5 de copago	Sin copago
<p>Quiroprácticos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con cobertura solo para niños menores de 19 años de edad 	\$15 de copago	\$5 de copago	Sin copago
<p>Servicios de terapia y rehabilitación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incluye terapia del habla, física y ocupacional • Limitada a 52 visitas por tipo de terapia por año calendario 	\$15 de copago	\$5 de copago	Sin copago

Copagos de beneficios de farmacia: administrados por OptumRx

Beneficios de farmacia	Nivel de beneficio 1	Nivel de beneficio 2	Nivel de beneficio 3
Suministro de 30 y 90 días/Medicamentos de farmacia especializados	\$5 medicamento genérico	\$1 medicamento genérico	Sin copago
	\$20 medicamento de marca preferido	\$3 medicamento de marca preferido	
	\$40 medicamento de marca no preferido	\$5 medicamento de marca no preferido	

Copagos por atención que no sea de emergencia

Servicios de atención que no sea de emergencia	Nivel de beneficio 1	Nivel de beneficio 2	Nivel de beneficio 3
Visita a la sala de emergencias que NO se considera una verdadera emergencia médica <ul style="list-style-type: none"> Centros (médicos y de salud conductual [salud mental y trastorno por consumo de sustancias]) DEBE ser un proveedor dentro de la red. Si es un proveedor fuera de la red, CoverKids NO pagará. 	\$50 de copago	\$10 de copago	Sin copago

Copagos por estadía como paciente hospitalizado

Servicios	Nivel de beneficio 1	Nivel de beneficio 2	Nivel de beneficio 3
<p>Centros para pacientes hospitalizados (médicos y de salud conductual [salud mental, abuso de drogas y alcohol])</p> <ul style="list-style-type: none"> No se cobra el copago si el paciente vuelve a ingresar en un plazo de 48 horas de la visita inicial por el mismo episodio de enfermedad o lesión Servicios de rehabilitación Tratamiento de salud mental y trastorno por consumo de sustancias 	\$100 de copago por admisión	\$5 de copago por admisión	Sin copago

Servicios oftalmológicos: estos servicios solo son elegibles para niños menores de 19 años de edad. Cuando se indican marcos y lentes al mismo tiempo, se cobra un copago.

Copagos por servicios oftalmológicos

Servicios para la vista	Nivel de beneficio 1	Nivel de beneficio 2	Nivel de beneficio 3
<p>Anteojos recetados</p> <ul style="list-style-type: none"> Incluye bifocales o trifocales Limitado a uno por año del plan 	\$15 de copago \$85 de beneficio máximo	\$5 de copago \$85 de beneficio máximo	Sin copago
<p>Lentes de contacto recetados en lugar de anteojos</p> <ul style="list-style-type: none"> Limitado a uno por año del plan 	\$15 de copago \$150 de beneficio máximo	\$5 de copago \$150 de beneficio máximo	Sin copago
<p>Marcos</p> <ul style="list-style-type: none"> Limitado a una vez cada 2 años del plan 	\$15 de copago \$100 de beneficio máximo	\$5 de copago \$100 de beneficio máximo	Sin copago

Los siguientes servicios NO requieren copago:

- **Atención preventiva**
 - Evaluaciones de salud de rutina
 - Vacunas
 - Exámenes de la audición y de la vista anuales
- **Servicios de laboratorio y radiografías**
- **Cuidado de emergencia:** visita a la sala de emergencias considerada una emergencia.
- **Servicios para mujeres embarazadas**
- **Ambulancia terrestre y aérea**
- **Atención médica en el hogar:** la atención de enfermería domiciliar está limitada a 125 visitas por año calendario.
- **Centro de cuidados paliativos:** no se aplica el copago para todos los servicios si el miembro recibe cuidados paliativos.
- **Servicios oftalmológicos:** estos servicios solo son elegibles para niños menores de 19 años de edad.
- **Examen anual de la vista:** incluido el examen refractivo y el examen anual de glaucoma. Sin embargo, debe visitar a un proveedor dentro de la red.

El programa CoverKids tiene un límite en la cantidad total de copagos que pagará cada año calendario. Esto se denomina **límite de gastos de bolsillo**. Los copagos que paga le ayudarán a alcanzar su límite de gastos de bolsillo cada año calendario.

El límite de gastos de bolsillo de su familia cada año calendario se basa en los ingresos que usted informa a CoverKids. Este límite es el **monto máximo** que pagará en copagos cada año calendario. El monto máximo que pagará en copagos cada año es el 5 % de los ingresos de su familia. ¿Necesita conocer su límite anual de gastos de bolsillo? Llame a Servicios para Miembros de CoverKids al **888-325-8386**.

Si sus ingresos cambian o el tamaño de su familia cambia, sus copagos también pueden cambiar. Debe informar cualquier cambio en el tamaño de la familia o los ingresos a TennCare Connect llamando al **855-259-0701** dentro de los 10 días.

¿Tiene preguntas acerca de los copagos? También podemos responder esas preguntas. Llame a Servicios para Miembros de CoverKids de forma gratuita al **888-325-8386**.

Parte 4: Ayuda para solucionar problemas con sus beneficios de CoverKids

Tipos de problemas y lo que puede hacer

Puede tener diferentes tipos de problemas con su atención médica.

Puede solucionar algunos problemas simplemente haciendo una llamada telefónica. Si tiene quejas o problemas sobre su atención médica, llámenos al **888-325-8386** para obtener ayuda.

Algunos problemas pueden requerir más trabajo para solucionarlos. Estos son algunos ejemplos de diferentes tipos de problemas y formas en que puede solucionarlos.

¿Necesita una nueva tarjeta de CoverKids?

Si su tarjeta se pierde o es robada, o si la información de su tarjeta es incorrecta, puede obtener una nueva. Para obtener una nueva tarjeta de CoverKids, llame al **888-325-8386**.

No tiene que esperar su nueva tarjeta para recibir atención o medicamentos. Dígale a su médico o a la farmacia que tiene CoverKids.

¿Necesita encontrar un médico o cambiar su médico?

Puede aprender a encontrar un nuevo médico en la Parte 1 de este manual.

¿Está cambiando porque no está conforme con el médico que tiene? Infórmenos al respecto. Llámenos al **888-325-8386**.

¿Necesita presentar una queja sobre su atención médica?

Si no está satisfecho con la atención que recibe, llámenos al **888-325-8386**. Díganos que debe presentar una queja.

Nadie puede hacerle nada malo si presenta una queja. Queremos ayudarle a recibir una buena atención.

¿Necesita cambiar su plan de salud?

Si desea cambiar de plan de salud porque tiene problemas para recibir atención médica, infórmenos. Llámenos al **888-325-8386**. Le ayudaremos a solucionar el problema. **No** tiene que cambiar de plan de salud para recibir la atención que necesita.

- ¿Desea cambiar de plan de salud para poder consultar a un médico que acepte ese plan?
- **Recuerde:** Debe asegurarse de que todos sus médicos acepten su nuevo plan de salud. Solo podrá consultar a médicos que acepten su nuevo plan.
- **¿Qué sucede si tiene la aprobación de su plan de salud para recibir atención que no ha recibido?** Si cambia su plan y aún necesita atención, tendrá que obtener una nueva aprobación de su nuevo plan.

Tenga en cuenta lo siguiente antes de decidir cambiar de plan de salud:

- ¿El médico acepta el plan de salud al que desea cambiarse?
- ¿El plan de salud al que desea cambiarse está aceptando nuevos miembros de CoverKids?

Hay dos ocasiones en las que es fácil cambiar su plan de salud.

1. Cuando recibe CoverKids por primera vez, tiene 90 días para cambiar su plan de salud. Cuando recibe CoverKids, TennCare le envía una carta. Esa carta indica cómo cambiar su plan de salud dentro de los primeros 90 días.
2. Una vez al año durante su “mes de inscripción abierta”. Cuándo puede cambiar depende de dónde viva.

Encuentre su condado a continuación:

- **¿Vive en uno de estos condados del oeste de Tennessee?** Benton, Carroll, Chester, Crockett, Decatur, Dyer, Fayette, Gibson, Hardeman, Hardin, Haywood, Henderson, Henry, Lake, Lauderdale, Madison, McNairy, Obion, Shelby, Tipton o Weakley

Si es así, puede cambiar su plan de salud **solo** durante el mes de **marzo**. Su nueva asignación de plan de salud comenzaría el 1 de mayo. Hasta entonces, continuaríamos brindándole atención.

- **¿Vive en uno de estos condados del centro de Tennessee?** Bedford, Cannon, Cheatham, Clay, Coffee, Cumberland, Davidson, DeKalb, Dickson, Fentress, Giles, Hickman, Houston, Humphreys, Jackson, Lawrence, Lewis, Lincoln, Macon, Marshall, Maury, Montgomery, Moore, Overton, Perry, Pickett, Putnam, Robertson, Rutherford, Smith, Stewart, Sumner, Trousdale, Van Buren, Warren, Wayne, White, Williamson o Wilson

Si es así, puede cambiar su plan de salud **solo** durante el mes de **mayo**. Su nueva asignación de plan de salud comenzaría el 1 de julio. Hasta entonces, continuaríamos brindándole atención.

- **¿Vive en uno de estos condados del este de Tennessee?** Anderson, Bledsoe, Blount, Bradley, Campbell, Carter, Claiborne, Cocke, Franklin, Grainger, Greene, Grundy, Hamblen, Hamilton, Hancock, Hawkins, Jefferson, Johnson, Knox, Loudon, Marion, McMinn, Meigs, Monroe, Morgan, Polk, Rhea, Roane, Scott, Sequatchie, Sevier, Sullivan, Unicoi, Union o Washington

Si es así, puede cambiar su plan de salud **solo** durante el mes de **julio**. Su nueva asignación de plan de salud comenzaría el 1 de septiembre. Hasta entonces, continuaríamos brindándole atención.

IMPORTANTE: tiene hasta el **último día** de su mes de inscripción abierta para solicitar cambiar su plan de salud.

Otros motivos por los que puede solicitar cambiar su plan de salud son los siguientes:

- Tiene familiares en el plan de salud al que desea cambiarse.
- CoverKids cometió un error al brindarle un plan de salud que no presta servicios en el área donde vive.
- **O bien**, se mudó y su plan de salud no presta servicios en el área donde vive ahora.

Es posible que pueda cambiar su plan de salud si tiene un motivo de dificultad para hacerlo. Sin embargo, para enfrentar las dificultades, se deben cumplir las siguientes condiciones:

1. Tiene una afección médica que requiere atención compleja, extensa y continua.
2. Su especialista** ya no acepta su plan de salud.
3. Su plan de salud no tiene un especialista que pueda brindarle la atención que necesita.
4. Su plan de salud no puede trabajar con su especialista para brindarle la atención que necesita.
5. Su especialista acepta el plan de salud al que desea cambiarse.
6. El plan de salud al que desea cambiarse está aceptando nuevos miembros de CoverKids.

Otro es un oncólogo, que es un médico que lo trata por cáncer. Hay muchos tipos diferentes de especialistas.

Para solicitar cambiar su plan de salud, debe informar a CoverKids:

- Su **número de Seguro Social**. Si no tiene ese número, indique su fecha de nacimiento. Incluya el mes, día y año.
- El nombre del **plan de salud que desea**.
- Y el **motivo por el que desea cambiar de plan de salud**.

Llame a Apelaciones médicas para miembros de CoverKids al **800-878-3192**. Dígalos que desea cambiar su plan de salud.

O bien, puede escribirles redactando en una hoja simple. Si escribe a Apelaciones médicas para miembros de CoverKids, asegúrese de informarles lo siguiente:

- Su nombre (primer nombre, inicial del segundo nombre y apellido).
- Su número de Seguro Social.
- El nombre del plan de salud mencionado anteriormente al que desea cambiarse.
- El nombre y el número de Seguro Social de cualquier otra persona de su familia que también deba cambiarse a este plan de salud.
- El número de teléfono al que podemos llamarle durante el día y la mejor hora para llamarle.

** Un **especialista** es un médico que brinda atención para una determinada enfermedad o parte del cuerpo. Un tipo de especialista es un cardiólogo, que es un médico que lo trata por problemas cardíacos.

Otro es un oncólogo, que es un médico que lo trata por cáncer. Hay muchos tipos diferentes de especialistas.

Dónde enviar una apelación médica



Correo postal:

CoverKids Member
Medical Appeals
P.O. Box 000593
Nashville, TN 37202-00593



Fax:

888-345-5575

¿Necesita ayuda para obtener sus medicamentos recetados?

Si necesita ayuda para obtener su medicamento recetado, llame a OptumRx al **844-568-2179**.

¿Necesita que un médico le recete su medicamento?

¿Qué sucede si necesita encontrar un médico o su médico no le recetará el medicamento que necesita? Llámenos al **888-325-8386**.

¿Necesita la aprobación de CoverKids para obtener su medicamento? Esto se denomina "autorización previa", o PA (Prior Authorization).

Si su medicamento necesita una aprobación, llame a su médico. Pida a su médico que haga lo siguiente:

- Que llame a OptumRX para obtener la aprobación de OptumRx para este medicamento.
- O bien, que cambie su receta por una que no necesite una aprobación.

¿Qué sucede si su médico solicita una aprobación y OptumRx dice que no?

Puede pedirle a su médico que le recete un medicamento diferente que no necesita aprobación. O bien, si cree que OptumRx cometió un error, puede apelar. Tiene 60 días

después de que OptumRx dice que no para apelar. Para obtener más información sobre cómo presentar apelaciones, consulte la Parte 5 de este manual.

¿La farmacia dijo que no puede surtir sus recetas porque usted no tiene CoverKids/OptumRx?

Antes de que finalice su cobertura de CoverKids, recibirá una carta por correo. La carta indicará por qué finalizan sus beneficios de CoverKids. También le indicará cómo apelar. Sin embargo, si se muda y no le informa a CoverKids, es posible que no reciba la carta. Es posible que no sepa que sus beneficios de CoverKids terminaron hasta que vaya a la farmacia.

¿Cree que CoverKids cometió un error? Llame a **TennCare Connect** al **855-259-0701**. Pueden decirle si tiene CoverKids o si finalizó. Si cree que CoverKids cometió un error, pueden decirle si aún tiene tiempo de apelar.

¿Necesita ayuda para recibir los servicios de atención médica?

La Parte 2 de este manual le informa sobre los servicios de atención médica que paga CoverKids.

Si tiene problemas relacionados con la atención de salud física o conductual (salud mental, abuso de alcohol o drogas), llámenos siempre al **888-325-8386** primero.

Si aún no puede recibir la atención que necesita, puede llamar a **Apelaciones médicas para miembros de CoverKids** al **800-878-3192**. Llame de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m., hora del centro.

¿Necesita una aprobación antes de que CoverKids pague su atención médica?

Esto se denomina “autorización previa”, o PA (Prior Authorization). Si su atención necesita una aprobación, llame a su médico. Su médico debe solicitarnos una aprobación.

¿Dijimos que no cuando su médico solicitó una aprobación para su atención?

Llame a su médico o proveedor de salud conductual (salud mental, abuso de alcohol o drogas) e infórmele que rechazamos su solicitud.

Si usted o su médico consideran que cometimos un error, puede apelar. Tiene 60 días después de que su plan de salud diga **no** para apelar. Para obtener información sobre las apelaciones de servicios médicos, consulte la Parte 5 de este manual.

¿Le están facturando? ¿Tuvo que pagar?

A veces, es posible que reciba una factura si el médico no sabe que usted tiene CoverKids. Cada vez que recibe atención, **debe** hacer lo siguiente:

- Dígale al médico u otro lugar donde reciba atención que tiene CoverKids.
- Muéstrela su tarjeta de CoverKids.

Si ha recibido atención médica que cree que CoverKids debería pagar, llámenos al **888-325-8386**. Si recibe facturas por la atención, podemos ayudarle a averiguar por qué. Si pagó por la atención, veremos si podemos reembolsarle el dinero.

También puede apelar. Las apelaciones de servicios médicos son para personas que tienen CoverKids.

Tiene 60 días para apelar después de enterarse del problema. Si recibe facturas, tiene 60 días a partir del momento en que recibe su primera factura para apelar. Si pagó por la atención, tiene 60 días después de pagar para apelar.

Para obtener información sobre las apelaciones de servicios médicos, consulte la Parte 5 de este manual.

Formas en que su cobertura de TennCare podría finalizar

Hay 2 maneras de pedir finalizar sus beneficios de CoverKids.

1. Puede solicitar finalizar sus beneficios de CoverKids. También puede llamar o enviar una carta.
 - **Llame** a TennCare Connect de forma gratuita al **855-259-0701** e infórmeles que desea finalizar sus beneficios de CoverKids.
 - **Envíe una carta** a TennCare Connect que indique que desea finalizar sus beneficios de CoverKids. Incluya su nombre, número de Seguro Social y asegúrese de **firmar** la carta.

IMPORTANTE: si no **firma su carta**, se retrasará su solicitud. Es posible que deba enviar otra solicitud con su firma.

¿Desea finalizar CoverKids para otros miembros de la familia? Coloque también sus nombres y números de Seguro Social en la carta.



Correo postal:

TennCare Connect
P.O. Box 305240
Nashville, TN 37230-5240



Fax:

855-315-0669

2. Otras formas en que sus beneficios de CoverKids pueden finalizar:

- Si algo cambia para usted y ya no cumple con las reglas de CoverKids.
- Si se **muda** fuera del área de CoverKids.
- Si cumple 19 años de edad.
- Si tiene otro seguro de salud.
- Si permite que otra persona utilice su tarjeta de CoverKids.
- Si no sigue las reglas de CoverKids.
- Si no completa los documentos de renovación de sus beneficios de CoverKids cuando se le solicita. Los miembros de CoverKids deben renovar sus beneficios de CoverKids cada año. Cuando sea el momento de ver si aún califica para la cobertura, CoverKids le enviará una carta y un paquete de renovación por correo.

Antes de que finalice su cobertura de CoverKids, recibirá una carta por correo. La carta le indicará por qué finalizan sus beneficios de CoverKids. También le dirá cómo apelar si cree que han cometido un error.

Parte 5: Apelaciones de CoverKids

Apelaciones de CoverKids

Una apelación es una manera de asegurarse de que CoverKids tome decisiones utilizando la información correcta. Al apelar, usted solicita informar a un juez sobre el error que cree que cometió CoverKids. Esto se denomina **audiencia imparcial**.

Su derecho a apelar y su derecho a una audiencia imparcial se explican en más detalle en la Parte 6 de este manual.

Puede apelar si no está de acuerdo con una decisión de cobertura médica de CoverKids o BlueCare Tennessee. Esto se denomina apelación de servicios médicos.

También puede apelar si no puede obtener o conservar CoverKids. Esto se denomina apelación de elegibilidad.

Apelaciones de servicios médicos

Las apelaciones de servicios médicos son para personas que tienen CoverKids. Las apelaciones de servicios médicos son para problemas, como hacer que su plan de salud apruebe un servicio que su médico dice que usted necesita.

Solo debe pagar el copago por su atención. No se le debe facturar el resto del costo de su atención. Si se le factura el resto del costo, puede apelar. Consulte la Parte 4 de este manual para saber qué hacer si recibe una factura por su atención.

BlueCare Tennessee le enviará una carta si se rechaza la solicitud de su médico para que usted reciba un medicamento o servicio médico. BlueCare Tennessee también enviará una carta si intentamos interrumpir o reducir la atención que ha estado recibiendo. La carta también le indicará cómo puede presentar una apelación.

Siempre que necesite un servicio que BlueCare Tennessee haya denegado, tiene derecho a solicitar una apelación a CoverKids. Si tiene problemas para obtener atención médica, llámenos siempre primero al **888-325-8386**.

Si **aún** no puede recibir la atención que necesita, puede presentar una apelación médica llamando a **Apelaciones médicas para miembros de CoverKids** al **800-878-3192**.

¿Puedo pedirle a mi médico que presente mi apelación por mí? Sí. Sin embargo, la ley exige que su médico tenga su permiso (aceptación) por escrito; esto se denomina autorización por escrito. Escriba en un papel **su nombre, su fecha de nacimiento, el nombre de su médico y su permiso para que apele por usted**. Luego, envíelo por fax o correo a Apelaciones médicas para miembros de CoverKids (consulte **a continuación**).

¿Qué sucede si no envía a CoverKids su aprobación y su médico solicita una apelación acelerada? CoverKids le enviará una página que deberá completar, firmar y enviarnos.

Tiene 60 días para apelar después de enterarse del problema. Por lo tanto, si recibe una carta de denegación de BlueCare Tennessee, tiene 60 días a partir de la fecha de la carta de denegación para presentar una apelación.

- Para la atención o los medicamentos que aún necesita, tiene **60 días** después de que CoverKids o BlueCare Tennessee digan que no pagaremos la atención.
- Para las facturas de atención médica que cree que CoverKids debería pagar, tiene **60 días** después de recibir su primera factura.
- Para la atención que pagó, tiene **60 días** después de pagar la atención.

¿Cree que es una emergencia?

Por lo general, la decisión sobre la apelación se toma dentro de los **90 días** posteriores a su presentación. Sin embargo, si tiene una emergencia y su plan de salud acepta que lo haga, recibirá una apelación **acelerada**. Se tomará una decisión sobre una apelación acelerada en aproximadamente una semana. Podría llevar más tiempo si BlueCare Tennessee necesita más tiempo para obtener sus registros médicos.

Una emergencia significa esperar 90 días para obtener una decisión de “sí” o “no” **podría poner en peligro su vida, o su salud física o mental**.

Si una de estas condiciones se aplica a su caso, puede solicitar a CoverKids una apelación acelerada. Recuerde que su **médico** también puede solicitar este tipo de apelación por usted. Sin embargo, la ley exige que su médico tenga **su permiso (aceptación) por escrito**.

Después de dar su aprobación por escrito, su médico puede ayudarle completando un Certificado de apelación acelerada del proveedor, como el que se encuentra en la Parte 8 de este manual. Si su apelación es una emergencia, puede pedirle a su médico que firme el Certificado de apelación acelerada del proveedor. Su médico debe enviar el certificado por fax al **888-345-5575**.

CoverKids y su plan de salud BlueCare Tennessee revisarán su apelación y decidirán si debe acelerarse. **Si este es el caso**, recibirá una decisión sobre su apelación en aproximadamente una semana. Recuerde que podría demorar más días si su plan de salud necesita más tiempo para obtener sus registros médicos. Sin embargo, si su plan de salud decide que su apelación no debe acelerarse, recibirá una audiencia dentro de los 90 días a partir de la fecha en que presentó su apelación.

Cómo presentar una apelación médica

Presentar una apelación médica



LLAME: puede llamar a Apelaciones médicas para miembros de CoverKids de forma gratuita al 800-878-3192. Estamos disponibles para ayudarle de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m., hora del centro.



CORREO POSTAL: puede enviar por correo postal una página de apelación o una carta para informar su problema a:

CoverKids Medical Member Appeals

P.O. Box 000593

Nashville, TN 37202-0593

Para imprimir una página de apelación desde Internet, visite:

<https://www.tn.gov/content/dam/tn/tennicare/documents/medappeal.pdf>

Si necesita otra página de apelación médica o desea que CoverKids le envíe una, llame a **Apelaciones médicas para miembros de CoverKids** al **800-878-3192**. O bien, puede redactar su apelación en una hoja simple.

Alguien más, como un amigo o su médico, puede completar la página, pero debe dar su aprobación.

Conserve una copia de su apelación. Anote la fecha en que la envió por correo a CoverKids.



FAX: puede enviar su carta o página de apelación por fax de forma gratuita al **888-345-5575**.

Conserve el papel que muestra que se envió el fax.

Para todas las apelaciones médicas, CoverKids necesita:

1. Su **nombre** (el nombre de la persona que desea apelar sobre su atención o medicamento)
2. Su **número de Seguro Social (Social Security number, SSN)**. Si no tiene el SSN, indique su fecha de nacimiento. Incluya el mes, día y año.
3. La **dirección** donde recibe su correo.
4. El **nombre** de la persona a la que debe llamar si CoverKids tiene una pregunta sobre su apelación (puede ser usted u otra persona).
5. Un **número de teléfono diurno** de esa persona (este puede ser su número de teléfono o el número de teléfono de otra persona).

¿Qué más necesita CoverKids para trabajar en su apelación?

Para obtener una audiencia imparcial sobre los problemas de atención médica, **debe hacer ambas cosas:**

- Debe darle a CoverKids la **información** que se necesita para procesar la apelación.

- También debe informar a CoverKids el **error** que cree que cometimos. Debe ser algo que, si tiene razón, significa que CoverKids pagará por esta atención.

Según el motivo por el que presente una apelación médica, estos son algunos otros tipos de información que debe informar a CoverKids:

¿Está apelando sobre la atención o los medicamentos que aún necesita? Dígale a CoverKids:

- El tipo de atención médica o el medicamento por el que presenta la apelación.
- El motivo por el cual desea apelar. Cuénteles a CoverKids todo lo que pueda sobre el problema. Asegúrese de decir qué error cree que cometió CoverKids. Envíe copias de cualquier documento que considere que pueda ayudar a CoverKids a comprender su problema.

¿Está apelando porque **desea cambiar de plan de salud**? Dígale a CoverKids:

- El **nombre del plan de salud que desea**.
- El **motivo por el que desea cambiar de plan de salud**.

¿Está apelando por **atención que ya ha recibido** y que cree que CoverKids debería pagar? Dígale a CoverKids:

- La **fecha** en que recibió la atención o el medicamento que desea que CoverKids pague.
- El nombre del **médico u otro lugar** que le brindó la atención o el medicamento.
- (Si la tiene, incluya la **dirección** y el **número de teléfono** del **médico u otro lugar** que le brindó la atención).
- **Si pagó por la atención o el medicamento**, también entregue a CoverKids una **copia de un recibo** que demuestre que pagó. Su recibo debe mostrar:
 - El **tipo de atención** que recibió y que desea que CoverKids pague.
 - El nombre de la **persona** que recibió la atención.
 - El nombre del **médico u otro lugar** que le brindó la atención.
 - La **fecha** en la que recibió la atención.
 - El **monto** que pagó por la atención.
- Si recibe una factura por la atención o el medicamento, entregue a CoverKids una copia de la factura. Su factura debe mostrar:
 - El **tipo de atención** que se le está facturando.

- El nombre de la **persona** que recibió la atención.
- El nombre del **médico u otro lugar** que le brindó la atención.
- La **fecha** en la que recibió la atención.
- El **monto** que se le está facturando.

¿Qué hace CoverKids cuando apela sobre un problema de atención médica?

1. **Cuando CoverKids recibe su apelación, le enviará una carta en la que se le indica que la recibió.** Si solicitó una apelación acelerada, le dirá si puede tener una apelación de este tipo.
2. **Si CoverKids necesita más información para procesar su apelación, recibirá una carta que le informará qué datos aún se necesitan.** Debe proporcionarle a CoverKids todos los datos que le soliciten lo antes posible. Si no lo hace, su apelación puede finalizar.
3. **CoverKids debe tomar una decisión sobre una apelación regular en un plazo de 90 días.** Si tiene una apelación de emergencia, intentarán tomar una decisión sobre su apelación en aproximadamente una semana (a menos que necesiten más tiempo para obtener sus registros médicos).
4. **Para tomar una decisión sobre su apelación, es posible que necesite una audiencia imparcial.** Para obtener una audiencia imparcial, debe decir que CoverKids cometió un error que, si tiene razón, significa que obtendrá la atención médica o el servicio que solicita. Es posible que **no** obtenga una audiencia imparcial si solicita atención o servicios que no están cubiertos por CoverKids. Una audiencia imparcial le permite decirle a un juez el error que cree que cometió CoverKids.

Si CoverKids dice que usted puede tener una audiencia imparcial, recibirá una carta en la que se le indicará cuándo será su audiencia.

¿Qué sucede en una audiencia imparcial sobre los problemas de atención médica?

1. **La audiencia** se puede realizar por teléfono o en persona. Las diferentes personas que pueden estar en su audiencia incluyen las siguientes:
 - un juez de derecho administrativo;
 - un abogado de CoverKids;
 - un testigo estatal (alguien como un médico o enfermero de CoverKids); y

- puede hablar por sí mismo, o puede traer a otra persona, como un amigo o un abogado, para que lo represente.
2. **Durante la audiencia**, puede informarle al juez sobre el error que cree que cometió CoverKids. Puede darle al juez datos y pruebas sobre su atención médica y de salud. El juez escuchará a todas las partes.
 3. **Después de la audiencia**, recibirá una carta que le informará la respuesta del juez. ¿Qué sucede si el juez dice que usted gana su apelación? CoverKids debe estar de acuerdo en que es la decisión correcta basada en los hechos de su caso. La ley federal establece que **la decisión de un juez no es definitiva hasta que CoverKids la apruebe**. Si CoverKids revoca la decisión de un juez, debemos informarle el motivo por escrito. La carta le informará qué hacer si no está de acuerdo con la decisión de CoverKids.

Recuerde que puede obtener más información sobre sus derechos a una audiencia imparcial en la Parte 6 de este manual.

Apelaciones de elegibilidad: para obtener o mantener la cobertura de CoverKids y tratar otros problemas de CoverKids




Las **apelaciones de elegibilidad** son para tratar problemas como obtener o conservar CoverKids, o si cree que sus ingresos o montos de copago son incorrectos. Se presenta una apelación de elegibilidad ante TennCare Connect y luego se envía a la Unidad de Apelaciones de Elegibilidad de TennCare.

Se utiliza una apelación de elegibilidad para tratar problemas de CoverKids, como los siguientes:

- Recibe una carta que dice que sus beneficios de CoverKids finalizarán.
- Sus beneficios de CoverKids han finalizado, pero no recibió una carta porque se mudó.
- **O bien**, cree que sus copagos de CoverKids son incorrectos.

Si tiene un problema como uno de los mencionados anteriormente, llame a TennCare Connect al **855-259-0701**. El equipo verificará si se cometió un error. Si deciden que tiene razón, solucionarán el problema. Pero si dicen que no, y usted aún cree que se cometió un error en su caso, **puede apelar**.

Cómo presentar una apelación de elegibilidad

	<p>Por Internet: puede presentar una apelación a través de su cuenta en TennCare Connect. Visite tenncareconnect.tn.gov</p>
	<p>TELÉFONO: llame a TennCare Connect en forma gratuita al 855-259-0701. Estamos disponibles para ayudarle de lunes a viernes.</p>
	<p>CORREO POSTAL: puede redactar su apelación en una hoja simple y enviarla por correo a:</p> <p>Eligibility Appeals P.O. Box 23650 Nashville, TN 37202-3650</p> <p>Para imprimir un formulario de apelación en Internet, visite: https://www.tn.gov/tenncare/members-applicants/how-to-file-an-eligibility-appeal.html y haga clic en el enlace Apelación de elegibilidad.</p> <p>Conserve una copia de su apelación. Anote la fecha en que la envió por correo a TennCare Connect.</p>



FAX: puede enviar su carta o página de apelación por fax de forma gratuita al **844-563-1728**.

Conserve el papel que muestra que se envió el fax.

Para todas las apelaciones de elegibilidad, la Unidad de Apelaciones de Elegibilidad necesita:

- Su **nombre completo** (primer nombre, inicial del segundo nombre y apellido).
- Su **número de Seguro Social** si tiene uno.
- Los **nombres de otras personas que viven con usted** con el mismo problema.
- El **número de teléfono** al que podemos llamarle durante el día y la mejor hora para llamarle.
- El **error específico** que cree que se cometió. Cuénteles todo lo que pueda sobre el problema.
- Envíe **copias** de cualquier documentación que demuestre por qué cree que se cometió el error.

¿Qué más necesita la Unidad de Apelaciones de Elegibilidad para trabajar en su apelación?

Para obtener una audiencia imparcial, **debe hacer estas dos cosas:**

1. Debe proporcionarle a la Unidad de Apelaciones de Elegibilidad **los datos** que necesita para presentar su apelación.
2. Además, debe informar a la unidad el **error** que cree que cometimos. Debe ser algo que, si tiene razón, signifique que puede conservar o recuperar su cobertura de CoverKids; o que sus copagos de CoverKids cambiarán.

Parte 6: Sus derechos y sus responsabilidades como miembro de CoverKids

Tiene derecho a:

- Ser tratado con respeto y de manera digna. Tiene derecho a la privacidad y la confidencialidad de Su información médica y financiera.
- Solicitar y obtener información sobre CoverKids, sus pólizas, sus servicios, sus cuidadores y los derechos y obligaciones del miembro.
- Solicitar y obtener información sobre cómo CoverKids les paga a los proveedores, incluso cualquier tipo de bonificación para la atención en función de los costos o la calidad.
- Solicitar y obtener información sobre sus registros médicos y del seguro, según lo establecen las leyes estatales y federales. Puede ver sus registros médicos y del seguro, obtener copias de estos y solicitar que se los corrija si son incorrectos.
- **Obtener servicios sin ser tratado de una manera diferente** debido a su raza, color, nacionalidad, idioma, sexo, edad, religión, discapacidad u otros grupos protegidos por las leyes de derechos civiles. Tiene derecho a presentar una queja por escrito si cree que ha recibido un trato diferente. Recibir un trato diferente significa que ha sido discriminado. Si presenta una queja, tiene derecho a seguir recibiendo atención sin temor al mal trato de BlueCare Tennessee, de los proveedores o de CoverKids. Para presentar una queja o conocer más sobre sus derechos, visite:
<https://www.tn.gov/tenncare/members-applicants/civil-rights-compliance.html>
- Obtener atención sin temor a la restricción física o al aislamiento utilizado a modo de intimidación, disciplina, conveniencia o venganza.
- Presentar apelaciones o quejas sobre CoverKids o su atención. La Parte 5 de este manual le explica cómo hacerlo.
- Hacer sugerencias sobre sus derechos y sus responsabilidades o el funcionamiento de CoverKids.
- Elegir un PCP de la red de BlueCare Tennessee. Puede rechazar la atención de ciertos Proveedores.
- Obtener atención necesaria desde el punto de vista médico que sea adecuada para usted, en el momento en que la necesite. Esto incluye obtener **servicios de emergencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana.**
- Obtener información fácil de entender sobre su atención y todos los diferentes tipos de tratamiento que podrían ser adecuados para usted, independientemente de su costo, incluso si no están cubiertos.
- Obtener ayuda para tomar decisiones sobre su atención médica.

- Realizar un testamento en vida o plan de atención anticipado y recibir información sobre las Directivas médicas anticipadas.
- Cambiar de plan de salud. Si es nuevo en CoverKids, puede cambiar de plan de salud una vez durante los 90 días posteriores a la obtención de CoverKids. Después, puede solicitar cambiar de plan de salud mediante un proceso de apelación. Existen ciertas razones por las que puede cambiar de plan de salud. La Parte 4 de este manual le explica más sobre el cambio de plan de salud.
- Solicitar a CoverKids que revise nuevamente cualquier error que usted considere que se está cometiendo respecto de la continuidad de la cobertura de CoverKids, de la conservación de la cobertura de CoverKids o de la obtención de su atención médica.
- Finalizar la cobertura de CoverKids en cualquier momento.
- Ejercer cualquiera de estos derechos sin que la manera en que CoverKids o sus proveedores lo tratan se vea modificada.
- CoverKids debe asegurarse de que sus empleados y proveedores contratados respeten y protejan los derechos de los miembros.

Sus derechos a permanecer en BlueCare Tennessee

Como miembro de BlueCare Tennessee, **no** puede ser trasladado de BlueCare Tennessee debido a lo siguiente:

- Su salud empeora.
- Tiene un problema médico. Esto se denomina condición preexistente.
- Su tratamiento médico es costoso.
- Cómo usa sus servicios.
- Tiene una afección de salud conductual (salud mental o trastorno por consumo de sustancias).
- Sus necesidades especiales lo hacen actuar de manera poco cooperativa o perturbadora.

Los únicos motivos por los que puede ser trasladado de CoverKids son los siguientes:

- Si cumple 19 años de edad.
- Si tiene otro seguro de salud.
- Si se **muda** fuera del área de CoverKids.
- Si permite que otra persona use sus tarjetas de identificación o si usa sus beneficios de CoverKids para obtener medicamentos para vender.
- Si finaliza sus beneficios de CoverKids o estos terminan por otros motivos.
- Si no **renueva** sus beneficios de CoverKids cuando es el momento, o si no proporciona a CoverKids la información que solicitan cuando es el momento de renovar.

- Si no le informa a CoverKids que se mudó y ellos no pueden ubicarlo.
- Si miente para obtener o conservar sus beneficios de CoverKids.
- Al momento de su muerte.

Su derecho de apelación

En CoverKids, usted obtiene atención médica a través de su plan de salud de CoverKids, BlueCare Tennessee. Tiene derechos cuando se toma una medida que le impide recibir atención médica, dental o de farmacia cuando la necesita.

Tiene derecho a obtener una respuesta de su plan de salud cuando usted o su médico soliciten atención.

Para algunos tipos de atención, su médico debe obtener la aprobación de su plan de salud antes de que CoverKids la pague. Esto se denomina “autorización previa”, o PA. ¿Qué sucede si su médico le pide a su plan de salud que apruebe su atención? Su plan de salud debe tomar una decisión en un plazo de 7 días. Si no puede esperar 7 días para recibir la atención que necesita, puede pedirles que decidan antes. Esto se denomina autorización previa acelerada. Las autorizaciones previas aceleradas deben decidirse en 72 horas.

Tiene derecho a recibir una carta de su plan de CoverKids si:

- Su plan de salud de CoverKids dice que no cuando usted o su médico solicitan atención médica.
- **O bien**, debe esperar demasiado para recibir atención de la salud.
- **O bien**, su plan de salud de CoverKids detiene o cambia su atención médica.

La carta debe decir **por qué** no puede recibir la atención y **qué puede hacer** al respecto.

Si su **plan de salud** decide cambiar la atención que recibe, debe recibir una carta al menos **10 días antes** de que suceda. ¿Qué sucede si su **médico** decide cambiar la atención que recibe? Para los tipos de atención que se enumeran a continuación, **las personas menores de 21 años** de edad deben recibir una carta **2 días hábiles antes** de que suceda y los **adultos de 21 años y mayores** de edad deben recibir una carta **el día que reciban el alta**:

- Tratamiento de salud conductual (salud mental o trastorno por consumo de sustancias) en un hospital u otro lugar donde deba permanecer para recibir la atención (servicios psiquiátricos o residenciales para pacientes hospitalizados).
- Atención para un problema de salud a largo plazo cuando su plan de salud no puede brindarle el próximo tipo de atención que necesita para ese problema.
- Servicios de salud domiciliarios.
- Si su plan de salud o médico no envían su carta a tiempo, **no pueden** cambiar su atención.

Usted tiene derecho a apelar si:

- CoverKids dice que no cuando usted o sus médicos solicitan atención médica.
- CoverKids detiene o cambia su atención médica.
- Tiene que esperar demasiado para obtener atención médica.
- **O bien**, tiene facturas de atención médica que cree que CoverKids debería haber pagado, pero no lo hizo.

Tiene **solo 60 días** para apelar después de enterarse del problema.

Alguien que tenga el derecho legal de actuar en su nombre también puede presentar una apelación por usted. Puede designar a un familiar, amigo, defensor, abogado, médico u otra persona para que actúe en su nombre.

Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte la Parte 5 de su manual.

Tiene la responsabilidad de:

- Comprender la información de su manual para miembros y otros documentos que le enviamos.
- Mostrar su tarjeta de identificación de CoverKids siempre que reciba atención médica.
- Visite a su PCP para toda su atención médica, a menos que:
 - Su PCP lo envíe a un especialista para recibir atención médica.
 - Esté embarazada o se esté realizando visitas de control para mujeres.
 - Sea una emergencia.
- Usar proveedores que estén dentro de la red de proveedores. Pero puede visitar a cualquiera si es una emergencia. Además, puede visitar a cualquiera que haya sido aprobado.
- Informarle a su PCP sobre las veces que ha asistido a la sala de emergencias (Emergency Room, ER). **O bien**, debe esperar demasiado para recibir atención de la salud.
- Proporcionar información a CoverKids y a sus proveedores de atención médica para que puedan brindarle la atención que necesita.
- Seguir las instrucciones y reglas del manual sobre su cobertura y beneficios. También debe seguir las instrucciones y reglas de las personas que le brindan atención médica.

- Ayudar a tomar decisiones sobre su atención médica.
- Trabajar en conjunto con su PCP para entender sus problemas de salud. Además, debe trabajar con su PCP para encontrar un plan de tratamiento que ambos creen que le ayudará.
- Tratar a su cuidador médico con respeto.
- Asistir a sus citas de atención médica y llamar al consultorio para cancelar si no puede asistir a su cita.
- No deje que nadie más use su tarjeta de identificación de CoverKids e infórmenos si la pierde o se la roban.
- Informe a CoverKids sobre cualquier cambio, como los siguientes:
 - Si usted o un miembro de su familia cambian de nombre, dirección o número de teléfono.
 - Si hay algún cambio en el número de integrantes de la familia.
 - Si usted o un miembro de la familia obtiene un empleo, pierde su trabajo o cambia de empleo.
 - Si usted o un miembro de su familia tienen otro seguro de salud o pueden obtener otro seguro de salud.
- Pagar todos los copagos que deba pagar.
- Informarnos si tiene otra compañía de seguro que deba pagar su atención médica. La otra compañía de seguro puede ser de seguro de compensación del trabajador, del automóvil o del hogar.

Aviso de prácticas de privacidad

El gobierno federal exige que TennCare le proporcione este Aviso de privacidad. Este aviso le informa cómo se puede usar y compartir su información personal. También le indica cómo puede obtener acceso a esta información y corregirla. Revise este aviso atentamente.

Sus beneficios de CoverKids **no** cambiarán. No tiene que hacer nada.

Este aviso le dirá lo siguiente:

- los tipos de información personal que tenemos,
- por qué la recolectamos,
- cómo la recolectamos,

- cómo la compartimos,
- con quién la compartimos,
- durante cuánto tiempo la conservamos,
- qué hacer si no desea que su información se comparta con ciertas personas, y
- sus derechos en torno a su información.

Qué tipos de información personal tenemos:

Cuando solicitó los beneficios de Coverkids, nos dijo su nombre, las personas de su hogar y dónde vive. También nos informó sus ingresos y recursos.

Obtenemos información de proveedores de atención médica y agencias federales u otras agencias estatales para ayudar con su solicitud. También podemos obtener otros datos de salud, como los siguientes:

- una lista de los servicios y tratamientos de salud que recibe;
- notas o registros de su médico, farmacia, hospital u otros proveedores de atención médica;
- lista de los medicamentos que toma ahora o que ha tomado antes;
- resultados de radiografías y análisis de laboratorio; e
- información genética (“genética” son características familiares como el color del cabello o los ojos. También pueden ser afecciones médicas que tiene en común con sus familiares consanguíneos).

Por qué recopilamos su información personal:

Las leyes federales y estatales nos permiten recopilar, conservar y usar esta información para brindarle servicios. Esto se utiliza para lo siguiente:

- determinar su elegibilidad para nuestros programas,
- trabajar con nuestros socios para brindarle servicios, y
- trabajar para mejorar los servicios que le brindamos.

Las leyes federales y estatales establecen que debemos seguir las normas de privacidad para mantener la privacidad de su información personal. Todas las personas que trabajan con nosotros también deben seguir estas normas de privacidad.

Cómo recopilamos, usamos o compartimos su información personal:

Para operar el programa de Medicaid, podemos recopilar información sobre usted y los miembros de su hogar de solicitudes de servicios o de nuestros socios. Estos pueden incluir:

- Agencias federales, como la Administración del Seguro Social o el Servicio de Impuestos Internos.
- Departamentos estatales como el Departamento de Servicios Humanos de Tennessee, el Departamento de Trabajo de Tennessee o el Departamento de Salud de Tennessee.
- Socios de TennCare como las Organizaciones de Atención Administrada y los proveedores.

Nuestros sitios web pueden usar cookies. Estos son pequeños datos colocados en su disco duro para recopilar la información que ha ingresado. Usamos esta información para facilitarle el uso de nuestro sitio web y para mejorar su funcionamiento. No tiene que aceptar nuestras cookies, pero si decide no aceptarlas, es posible que algunas de las funciones de nuestro sitio no estén disponibles para usted.

Solo podemos usar o compartir su información personal según lo permita la ley.

Cuándo necesitamos su permiso para compartir su información personal:

A veces, necesitaremos su permiso por escrito antes de poder compartir su información personal. Le pediremos que firme un documento en el que nos otorga su permiso si necesitamos usar o compartir cualquiera de la siguiente información:

- notas que un terapeuta toma durante las sesiones de terapia (se denominan notas de psicoterapia),
- información personal con compañías que usarán la información para intentar obtener los negocios de otras personas (con fines de marketing), e
- información personal con otra persona por dinero.

¿Puede retirar su permiso? Sí, puede retirar su permiso, pero debe informarnos por escrito. Tampoco podemos recuperar la información personal que ya hemos compartido.

Cuándo NO necesitamos su permiso para compartir su información personal:

Las normas de privacidad nos permiten compartir su información personal *sin pedir su permiso* a las personas o para algunos fines, incluidos los siguientes:

- Usted. Podemos ayudarle a encontrar y programar atención, y enviarle noticias sobre servicios de salud.
- Otras personas involucradas en su atención, como familiares o cuidadores. También puede pedirnos que no compartamos su información personal con ciertas personas.
- Para demostrar que tiene cobertura de CoverKids y para ayudarle a obtener la atención médica que necesita.

- Pagarle a su plan de salud y a los proveedores de atención médica.
- Mejorar el programa y los servicios que le brindamos.

Podemos compartir su información personal con personas u organizaciones que trabajan con CoverKids, como las siguientes:

- Proveedores de atención médica, como médicos, enfermeros, hospitales y clínicas.
- Su plan de salud u otras compañías que tienen contratos con CoverKids.
- Personas que ayudan con las apelaciones si presenta una apelación de CoverKids. Su apelación puede ser en persona, por escrito o por teléfono. A veces, otras personas pueden estar con usted en su audiencia de apelación.
- Agencias gubernamentales federales, estatales o locales que proporcionan o verifican la atención médica.

En algunas situaciones, la ley también nos permite compartir su información personal con:

- Forenses, funerarias o proveedores que trabajan con servicios, como trasplantes de órganos.
- Investigadores médicos. Deben mantener la privacidad de su información personal.
- Agencias de salud pública para actualizar sus registros de nacimientos, muertes o para realizar un seguimiento de enfermedades.
- El tribunal, cuando la ley dice que debemos hacerlo o cuando se nos ordena.
- La policía, o por otros motivos legales o de investigación. Podemos denunciar fraude, abuso o negligencia.
- Otras agencias, como actividades militares o de veteranos, seguridad nacional, cárceles.

También podemos compartir su información personal si retiramos la información que le indica quién es usted. No podemos compartir su información personal con cualquiera. E incluso cuando lo compartimos, solo podemos compartir la información que la persona necesita para hacer su trabajo. Tampoco podemos compartir su información genética para tomar decisiones sobre su elegibilidad para CoverKids.

¿Durante cuánto tiempo conservamos su información personal?

CoverKids conservará su información personal siempre que sea necesaria para permitirnos brindarle servicios y administrar el programa CoverKids. Desechamos la información según lo exigen las leyes y reglamentaciones estatales y federales.

¿Qué sucede si no desea que se comparta toda su información personal?

Debe solicitar por escrito si no desea que compartamos su información personal. Debe comunicarnos la información personal que no desea que se comparta y con quién no desea que la compartamos. Por ejemplo, puede pedirnos que no compartamos información personal si:

- ha pagado de su bolsillo por la atención recibida, y
- usted le pidió a su médico que no compartiera su información personal para esa atención.

Hay otras ocasiones en las que no compartiremos su información personal si nos lo solicita. Aceptaremos si podemos, pero es posible que no aceptemos si usted es menor de edad o si la ley nos permite compartir la información personal. Si no podemos aceptar, le enviaremos una carta en la que se le explicará el motivo. ¿Qué sucede si no nos pide que no compartamos su información personal? Podemos usarla y compartirla solo como se explica en este aviso.

Sus derechos en torno a su información personal:

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. En esta sección, encontrará información sobre sus derechos y algunas de las medidas que podemos tomar para ayudarle.

Obtener una copia electrónica o impresa de su registro

- Puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros y otra información médica que tengamos sobre usted. Debe solicitarla por escrito.
- Podemos brindarle una copia o un resumen de su información, en general dentro de los 30 días después de su solicitud.
- Si se rechaza su solicitud, le informaremos por qué y cuáles son sus derechos.
- Es posible que deba pagar dinero por el costo de copia y envío de sus copias por correo.

Comunicaciones

- Puede solicitarnos por escrito que nos comuniquemos con usted de una manera diferente o en un lugar distinto. Si escribir o hablar con usted lo pone en peligro, infórmenos a través del programa Safe at Home (Seguridad en el hogar) de Tennessee utilizando la siguiente información.

Número de teléfono: 1-615-253-3043

Sitio web: <https://sos.tn.gov/SafeAtHome>

Dirección de correo electrónico: TNSOS.SAFE@TN.Gov

- Puede solicitarnos que no le enviemos cartas sobre recaudación de fondos.

Solicitarnos que establezcamos un límite en lo que usamos o compartimos

- Debe preguntarnos por escrito si no desea que compartamos su información personal.
- Debe comunicarnos qué información personal no desea que se comparta y con quién no desea que la compartamos. Por ejemplo:
 - ha pagado de su bolsillo por la atención recibida, y
 - usted le pidió a su médico que no compartiera su información personal para esa atención.

Obtener una lista de las personas o entidades con las que hemos compartido la información (fuera de TennCare)

Puede solicitar por escrito una lista de con quién hemos compartido su información personal en los seis años anteriores a la fecha de su solicitud. Sin embargo, no enumerará las ocasiones en las que hayamos compartido información cuando nos haya dado su permiso, ni otros casos en los que la ley diga que no necesitábamos obtener su permiso. Por ejemplo, cuando usamos información personal:

- para ayudarle a obtener o pagar la atención médica,
- para administrar nuestro programa, y
- para brindar información a las fuerzas de seguridad si se nos exige hacerlo.

Obtener una copia de este aviso

Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, aunque haya aceptado recibirlo en forma electrónica. Le proporcionaremos una copia impresa lo antes posible.

Solicitarnos que corrijamos su registro

Puede solicitarnos que cambiemos la información personal que sea incorrecta. Debe preguntar por escrito e informarnos por qué necesitamos cambiarla. Si no podemos realizar el cambio, le enviaremos una carta que le informará el motivo.

Responsabilidad de TennCare con usted:

TennCare debe mantener segura su información personal. Protegemos su privacidad, seguridad y confidencialidad. Si se divulga su información personal, es posible que tengamos que informarle a usted y a las autoridades federales. Debemos informarle lo siguiente:

- Si el tipo de información personal que se obtuvo identificaría quién es usted (como su número de Seguro Social o su fecha de nacimiento) o sus registros de tratamiento.
- Si alguien realmente utilizó o vio su información personal.
- Lo que hicimos para reducir el riesgo de que su información personal fuera utilizada incorrectamente.

Comunicaciones para usted:

En cumplimiento con la Ley federal de Protección al Consumidor Telefónico, nosotros y nuestros socios, como los planes de salud o proveedores, podemos llamarle o enviarle un mensaje de texto, utilizando un sistema de marcado telefónico automático para informarle sobre opciones de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud. Infórmenos si no desea que se comuniquen con usted por teléfono llamando al 1-888-382-1222. O bien, llame a su plan de salud para agregar su número de teléfono a la lista No llamar.

Solicitudes - Pregúntenos por escrito:

Sus solicitudes deben realizarse por escrito. Le sugerimos que envíe una carta por correo. Asegúrese de decirnos lo que nos pide que hagamos. Escriba su nombre, fecha de nacimiento y número de identificación de TennCare o los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social en su carta. Envíe la carta a:



Division of TennCare
 Attention: Privacy Office
 310 Great Circle Road
 Nashville, TN 37243
Privacy.TennCare@tn.gov

También puede optar por comunicarse con nosotros por correo electrónico. Si desea usar el correo electrónico, comuníquese primero con la Oficina de Privacidad de TennCare sin incluir información confidencial (como la fecha de nacimiento o identificación de TennCare), para que podamos responder con un portal de correo electrónico seguro. Si envía un correo electrónico con información confidencial sin usar un portal de correo electrónico seguro, existe algún riesgo de que un tercero pueda leer o acceder a la información personal mientras está en tránsito.

Conserve una copia de la carta para sus registros. ¿Tiene preguntas? ¿Necesita ayuda para realizar su solicitud? Llame a TennCare Connect al **855-259-0701** en forma gratuita.

Cambios a este aviso:

Las políticas y los procedimientos de TennCare pueden cambiar sin previo aviso. Usaremos las políticas y los procedimientos que hemos implementado cuando realice su solicitud.

Las normas federales de privacidad y las prácticas de privacidad de TennCare también pueden cambiar. Si se realizan cambios importantes, nosotros o su plan de salud podemos enviarle estos cambios por escrito. Tenemos derecho a hacer los cambios en todos los datos de salud que tenemos o solo en los nuevos datos de salud que obtenemos.

Este aviso se actualizó en octubre de 2023 y se aplica a todos los datos de salud que tenemos. Si necesita una copia nueva o desea verificar si hay cambios, visite <http://www.tn.gov/tenncare/>. La última versión de este aviso se encuentra en "Aviso de prácticas de privacidad".

Preguntas o quejas sobre privacidad

TennCare cumple con las leyes federales y estatales sobre derechos civiles. No discriminamos ni tratamos a las personas de manera injusta debido a su raza, color, nacionalidad, idioma, sexo, edad, discapacidad u otros grupos protegidos. No será castigado si presenta una queja o solicita ayuda.

¿Tiene preguntas? ¿Cree que se han violado sus derechos de privacidad? ¿Cree que ha sido discriminado? Puede llamar a TennCare Connect al 1-855-259-0701 en forma gratuita. O bien, puede escribir o llamar a:

Si tiene preguntas e inquietudes sobre su privacidad, comuníquese con:

<p>Division of TennCare Attention: Privacy Office 310 Great Circle Road Nashville, TN 37243</p> <p>Teléfono: 866-797-9469 Correo electrónico: Privacy.TennCare@tn.gov</p>	<p>Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos: Oficina de Derechos Civiles de la Región IV Medical Privacy Complaint Division Atlanta Federal Center Suite 3B70 61 Forsyth Street, SW Atlanta, GA 30303-8931</p> <p>Teléfono: 866-627-7748 Sitio web: www.hhs.gov/ocr/complaints</p>
---	---

Su responsabilidad de informar casos de fraude y abuso

La mayoría de los miembros y proveedores de CoverKids son honestos. Sin embargo, unas pocas personas deshonestas pueden perjudicar al programa CoverKids. Es posible que la gente que miente a propósito para obtener la cobertura de CoverKids deba pagar una multa o vaya a la cárcel.

Si descubre algún caso de fraude y abuso en el programa CoverKids, debe informárnoslo, aunque no es necesario que nos diga su nombre.

Los casos de fraude y abuso de los miembros de CoverKids pueden ser:

- Mentir para obtener o mantener la cobertura de CoverKids.
- Ocultar información para obtener o mantener la cobertura de CoverKids.
- Permitirle a otra persona que utilice su tarjeta de identificación de CoverKids.
- Venderle o darle sus medicinas recetadas a otra persona.

Algunos casos de fraude y abuso de proveedores de CoverKids pueden ser:

- Cobrarle a CoverKids por servicios que nunca se prestaron.
- Facturarle dos veces a CoverKids por el mismo servicio.

Para informarnos sobre casos de fraude y abuso, llame a la línea directa gratuita de BlueCare Tennessee al: **888-325-8386**.

Estos son otros lugares a los que puede llamar o escribir para informarnos sobre casos de fraude y abuso:

Fraude de miembros:

Office of Inspector General (OIG)

P.O. Box 282368

Nashville, TN 37228

800-433-3982

<https://www.tn.gov/finance/fa-oig/fa-oig-report-fraud.html>

Fraude de proveedores:

TennCare Office of Program Integrity

Division of TennCare

Attn: Program Integrity Tip Department

310 Great Circle Road

Nashville, TN 37243

<https://www.tn.gov/tenncare/fraud-and-abuse/program-integrity.html>

Tennessee Bureau of Investigation (TBI)

Medicaid Fraud Control

901 R.S. Glass Blvd.

Nashville, TN 37216

800-433-5454

<https://www.tn.gov/tenncare/fraud-and-abuse/program-integrity.html>

Parte 7: Documentos de atención médica que pueda necesitar

Solicitud de cambio de médico de atención primaria (PCP)

Para cambiar su PCP en línea, inicie sesión en su cuenta de BlueCare Tennessee. También puede solicitar un formulario impreso llamando al 888-325-8386.

Formulario de queja por discriminación de TennCare

El programa TennCare no discrimina a las personas por motivos de raza, color, nacionalidad, incluido el dominio limitado del inglés y el idioma principal, la edad, la discapacidad, la religión o el sexo. Si necesita modificaciones razonables o cree que lo trataron de manera diferente o lo discriminaron, puede presentar una queja (reclamo) ante la Oficina de Cumplimiento de Derechos Civiles de TennCare al:

Correo electrónico: HCFA.fairtreatment@tn.gov

En línea: <https://www.tn.gov/tenncare/members-applicants/civil-rights-compliance.html>

Correo postal: 310 Great Circle Road Floor 3W, Nashville, TN 37243

Teléfono: 615-507-6474 (TRS 711)

¿Necesita ayuda para presentar una queja? Llame a TennCare Connect al 855-259-0701. Para informar una queja a TennCare, visite:

[Formulario de discriminación de TennCare en inglés](#)

[Formulario de discriminación de TennCare en español](#)

[Formulario de discriminación de TennCare en árabe](#)

Para solicitar una copia impresa, llame al 615-507-6474 o de forma gratuita al 855-857-1673 (TRS 711).

Formulario de apelación médica

Las apelaciones de servicios médicos son para problemas, como hacer que su plan de salud apruebe un servicio que su médico dice que usted necesita.

Para presentar una apelación médica, complete el Formulario de apelación médica del miembro:

<https://www.tn.gov/content/dam/tn/tenncare/documents/medappeal.pdf>

Para solicitar una copia impresa del formulario, llame al 1-800-878-3192.

Certificado del proveedor del tratamiento: Apelación *acelerada* de TennCare

Una apelación típica por un servicio médico se decide en un plazo de hasta noventa (90) días. Sin embargo, una apelación acelerada, debido a la salud de un paciente, debe decidirse en el plazo de una semana (o hasta tres semanas si el plan de salud tiene tiempo adicional para obtener y revisar los registros médicos de un paciente). Una apelación solo se acelerará si esperar hasta noventa (90) días por una decisión “podría poner en grave peligro la vida, la salud física o la salud mental del miembro, o su capacidad para alcanzar, recuperar o mantener la función plena”.

Para solicitar una apelación acelerada para su paciente, complete el Certificado de proveedores de apelaciones aceleradas:

[ExpeditedAppealProvidersCertificate.pdf \(tn.gov\)](#)

Para solicitar una copia impresa del formulario, llame a Apelaciones médicas para miembros de TennCare al **1-800-878-3192** de forma gratuita.

Directivas anticipadas

El Departamento de Salud de Tennessee ha creado un único formulario que le permite informar a sus familiares y médicos lo que desea que suceda con su atención de la salud y a quién designa para tomar decisiones sobre su atención médica, si usted no puede decidir por sí mismo. Si designa a un agente utilizando este formulario, es posible que se le permita tomar otras decisiones no relacionadas con la atención médica, a menos que escriba en el formulario que no puede hacerlo. El formulario de directivas anticipadas para la atención médica se puede encontrar en:

[Toma de decisiones de atención médica \(tn.gov\)](#)

Parte 8: Información adicional

Calendario de vacunación de CoverKids

En CoverKids, para niños menores de 19 años de edad, cubrimos:

Visitas periódicas regulares al médico para ver si el niño se está desarrollando normalmente y para ver si tiene algún problema de salud física o conductual (salud mental, abuso de alcohol o drogas), dental u otras afecciones. Estas visitas se denominan “pruebas de detección” (o “exámenes de detección”) y deben realizarse de acuerdo con el Programa de periodicidad de la Academia Estadounidense de Pediatría (American Academy of Pediatrics, AAP).

Por ejemplo:

- Los niños desde el nacimiento hasta los 30 meses tienen derecho a realizarse 12 exámenes de detección.
- Los niños de 3 a 11 años tienen derecho a realizarse 9 exámenes de detección.
- Los niños de 12 a 18 años tienen derecho a realizarse 7 exámenes de detección.

Además, un niño tiene derecho a realizarse una “prueba de detección” siempre que alguien, como un maestro, lo derive a un médico porque observa un cambio en la salud o el comportamiento del niño.

Los exámenes de detección incluyen lo siguiente:

- antecedentes de salud y desarrollo completos;
- examen físico integral sin ropa;
- vacunas adecuadas (inmunizaciones);
- pruebas adecuadas de la visión y la audición;
- análisis de laboratorio adecuados;
- examen de conducta/desarrollo (según sea necesario); y
- educación para la salud (asesoramiento sobre cómo mantener saludable a su hijo).

También recibe otros servicios, además de los servicios de detección:

- Tratamiento, incluida la rehabilitación, para cualquier problema de salud (físico, mental o del desarrollo) u otras afecciones descubiertos durante una “prueba de detección”. También puede obtener asistencia para programar servicios.
- Visitas regulares a un dentista para controles y tratamiento a través de Renaissance.

- Pruebas periódicas de la audición y la vista del niño. Incluye el tratamiento de cualquier problema auditivo y de visión.
- Vacunas (inmunizaciones) para difteria, tétanos, tos ferina, poliomielitis, sarampión, paperas, rubéola (MMR), HIB, influenza, vacunas contra la hepatitis A y B, varicela, rotavirus, virus del papiloma humano (VPH) y meningitis, y neumocócica.
- Pruebas de laboratorio de rutina. (Tenga en cuenta que se realizará una prueba de detección de plomo en la sangre y anemia de células falciformes si el niño se encuentra en una situación que podría ponerlo en riesgo de padecer alguna de estas condiciones o ambas).
- Si su hijo tiene un nivel alto de plomo en la sangre, se realizarán investigaciones de plomo. Si cree que su hijo ha estado cerca de cosas que tienen un alto contenido de plomo, como pintura vieja, informe a su médico.
- Educación sobre la salud.
- Otros servicios de atención médica necesarios, servicios de diagnóstico, tratamiento y otras medidas necesarias para corregir o mejorar defectos o evitar que estos empeoren; si su hijo tiene enfermedades y afecciones físicas y mentales que se encuentran en el proceso de detección, estas se tratan.
- La educación básica de salud para niños y padres es parte de los servicios preventivos que le brinda CoverKids.

Importante: no se requieren copagos para los servicios preventivos.

Calendario de vacunación recomendado para niños y adolescentes de 18 años de edad o menos

ESTADOS UNIDOS
2025

Vacunas y otros agentes inmunizantes en el Calendario de vacunación para niños y adolescentes*

Anticuerpos monoclonales	Abreviaturas	Nombres comerciales
Anticuerpo monoclonal contra el virus sincitial respiratorio (Nirsevimab)	VSR-mAb	Beyfortus
Vacuna	Abreviaturas	Nombres comerciales
Vacuna contra la COVID-19.	1 vCOV-ARNm	Comirnaty, mNexspeek, Spikevax
Vacuna contra el dengue	1 vCOV-aPS	Nuvaxovid
Vacuna contra difteria, tétanos y tos ferina acelular	DTaP, tetanos, tos ferina (DTaP)	Daptacel
Vacuna contra la <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b	Hib (PRP-T)	Infanrix
	Hib (PRP-OMP)	ActHib
	Hib (PRP-OMP)	Hiberix
Vacuna contra la hepatitis A	Hepatitis A (HepA)	PedvaxHIB
	Hepatitis A (HepA)	Havrix
	Hepatitis B (HepB)	Vaqta
Vacuna contra la hepatitis B	Hepatitis B (HepB)	Engerix-B
	Hepatitis B (HepB)	Recombivax HB
Vacuna contra el virus del papiloma humano	Virus del papiloma humano (VPH)	Gardasil 9
Vacuna contra la gripe (inactivada: cultivo en huevos)	IV3	Múltiple
Vacuna contra la gripe (inactivada: cultivo celular)	ccIV3	Flucelvax
Vacuna contra la gripe (viva, atenuada)	LAIV3	FluMist
Vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola	Sarampión, paperas y rubéola (MMR)	M-M-R II
	Sarampión, paperas y rubéola (MMR)	Priorix
Vacuna antimeningocócica contra los serogrupos A, C, W, Y	MenACWY-CRM	Menveo
	MenACWY-TT	MenQuadfi
Vacuna antimeningocócica contra el serogrupo B	MenB-4C	Bexsero
	MenB-FHbp	Trumenba
Vacuna antimeningocócica contra los serogrupos A, B, C, W, Y	MenB-FHbp	Penbraya
Vacuna contra la viruela del mono	Viruela símica	Jynneos
Vacuna antineumocócica conjugada	PCV15	Vaxneuvance
	PCV20	Prevnar 20
Vacuna antineumocócica polisacárida	PPSV23	Pneumovax 23
Vacuna contra el poliovirus (inactivada)	Poliomielitis (IPV)	Ipol
Vacuna contra el virus sincitial respiratorio	Virus sincicial respiratorio	Abrysvo
Vacuna contra rotavirus	RV1	Rotarix
	RV5	RotaTeq
Vacuna contra difteria, tétanos y tos ferina acelular	Tdap	Adacel
	Td	Boostrix
	Td	Tenivac
	Td	Tdavax
Vacuna contra la varicela	VAR	Varivax
Vacunas combinadas (Use vacunas combinadas en lugar de inyecciones separadas cuando corresponda)		
Vacuna contra la DTaP, la hepatitis B y poliovirus inactivada	DTaP-HepB-IPV	Pediarix
Vacuna contra DTaP, poliovirus inactivado y Haemophilus influenzae tipo b	DTaP-IPV/Hib	Pentacel
DTaP y vacuna contra el poliovirus inactivada	DTaP-IPV	Kinrix
	DTaP-IPV	Quadracel
Vacuna contra DTaP, poliovirus inactivado, Haemophilus influenzae tipo b y hepatitis B	DTaP-IPV-Hib-HepB	Vaxelis
Vacuna contra el sarampión, paperas, rubéola y varicela	MMRV	ProQuad

* Administrar las vacunas recomendadas si los antecedentes de vacunación están incompletos o son desconocidos. No vuelva a aplicar ni agregue dosis a la serie de vacunas si hay intervalos prolongados entre dosis. Cuando una vacuna no se administra a la edad recomendada, se debe administrar en una visita posterior.

El uso de nombres comerciales es solo para fines de identificación y no implica el respaldo del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP) o de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC).

Revisado el 07 de octubre de 2025

Cómo usar el Calendario de vacunación para niños y adolescentes

1 2 3 4 5 6

- Determinar las vacunas según la edad (Tabla 1)
- Determinar el intervalo recomendado para la vacunación de recuperación. (Tabla 2)
- Evaluar la necesidad de vacunas adicionales según la recomendación de la médica u otras indicaciones. (Tabla 3)
- Revisar los tipos, las frecuencias y los intervalos de vacunas y las recomendaciones para situaciones especiales. (Notas)
- Revisar las contraindicaciones y las precauciones para los tipos de vacunas. (Anexo)
- Revisar la guía del ACIP nueva o actualizada.

Informe

- Casos sospechosos de enfermedades o brotes prevenibles por vacunación que se puedan denunciar ante el departamento de salud local o estatal.
- Reacciones adversas clínicamente significativas al Sistema de Notificación de Eventos Reportables después de la Vacunación (Vaccine Adverse Event Reporting System) a través de www.vaers.hhs.gov o al 800-822-7967.



Descargue la aplicación CDC Vaccine Schedules para proveedores a través de www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/app.html.

Información útil

- Recomendaciones completas del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP): www.cdc.gov/acip-recs/hcp/vaccine-specific/index.html
- Recomendaciones para la toma de decisiones clínicas compartidas del ACIP: www.cdc.gov/acip/vaccine-recommendations/shared-clinical-decision-making.html
- Paúls generales de mejores prácticas para la vacunación (incluidas contraindicaciones y precauciones): www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/index.html
- Declaraciones de información sobre vacunas: www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/index.html
- Manual de vigilancia de enfermedades prevenibles por vacunación (incluida la identificación de casos y la respuesta ante brotes):

Escanee el código QR para acceder a la programación en línea



CS11020-E

Página 1



Tabla 1

Calendario de vacunación recomendado para niños y adolescentes de 18 años de edad o menos, Estados Unidos, 2025

Estas recomendaciones deben leerse con las notas que siguen. Para aquellos que se atrasan o comienzan tarde, proporcione la vacunación de recuperación lo antes posible, según lo indicado por las barras verdes. Para determinar los intervalos mínimos entre las dosis, consulte el calendario de recuperación (Tabla 2).

Vacuna y otros agentes inmunizantes	Nacimiento	1 mes	2 meses	4 meses	6 meses	9 meses	12 meses	15 meses	18 meses	De 19 a 23 meses	De 2 a 3 años	De 4 a 6 años	De 7 a 10 años	De 11 a 12 años	De 13 a 15 años	De 16 a 18 años	
Virus sincitial respiratorio (VSR-mAb [Nirsevimab])	1 dosis; depende del estado de vacunación contra el VSR de la madre (consulte las notas)																
Hepatitis B (HepB)	1.ª dosis	2.ª dosis	3.ª dosis	Consulte las notas													
Rotavirus (RV): RV1 (serie de 2 dosis), RV5 (serie de 3 dosis)	Consulte las notas																
Difteria, tétanos y tos ferina acelular (DTaP-7 años)	1.ª dosis	2.ª dosis	3.ª dosis	4.ª dosis	5.ª dosis	Consulte las notas											
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (Hib)	1.ª dosis	2.ª dosis	3.ª o 4.ª dosis (Consulte las notas)	Consulte las notas													
Conjugada antineumocócica (PCV15, PCV20)	1.ª dosis	2.ª dosis	3.ª dosis	Consulte las notas													
Poliovirus inactivado (IPV)	1.ª dosis	2.ª dosis	3.ª dosis	4.ª dosis	Consulte las notas												
COVID-19 (1 vCOV-ARNm, 1 vCOV-aps)	Consulte las notas																
Influenza (IIIV3, ccIIIV3)	1 o 2 dosis anuales																
Influenza (LAIV3)	1 o 2 dosis anuales																
Sarampión, rubéola, paperas (MMR)	Consulte las notas																
Varicela (VAR)	Consulte las notas																
Hepatitis A (HepA)	Serie de 2 dosis (consulte las notas)																
Tétanos, difteria y tos ferina acelular (Tdap≥7 años)	1 dosis																
Virus del papiloma humano (VPH)	Consulte las notas																
Meningocócica (MenACWY-CRM ≥2 meses, MenACWY-TT ≥2 años)	Consulte las notas																
Meningocócica B (MenB-4C, MenB-FHbp)	Consulte las notas																
Vacuna contra el virus sincitial respiratorio (VSR [Abrysvo])	Administración estacional durante el embarazo (consulte las notas)																
Dengue (DENV4CYD:9-16 años)	Seropositivos en áreas endémicas del dengue (consulte las notas)																
Virus de la sarampión	Consulte las notas																

- Rango de edades recomendadas para todos los niños
- Rango de edades recomendadas para la vacunación de recuperación
- Rango de edades recomendadas para ciertos grupos o poblaciones de alto riesgo
- La vacunación recomendada puede comenzar en este grupo etario
- La vacunación se basa en la toma de decisiones clínicas compartidas
- Sin orientación/ No corresponde

Tabla 2

Calendario de vacunación de recuperación recomendado para niños y adolescentes que empiezan tarde o que están a más de 1 mes de retraso, Estados Unidos, 2025

La siguiente tabla proporciona calendarios de recuperación e intervalos mínimos entre dosis para niños cuyas vacunas se han retrasado. No es necesario reiniciar una serie de vacunas, independientemente del tiempo que haya transcurrido entre las dosis. Use la sección adecuada para la edad del niño. Use siempre esta tabla junto con la Tabla 1 y las Notas que siguen.

Niños desde los 4 meses hasta los 6 años		Intervalo mínimo entre dosis	
Vacuna	Edad mínima para la dosis 1	De la dosis 1 a la dosis 2	De la dosis 2 a la dosis 3
Hepatitis B	Nacimiento	De la dosis 1 a la dosis 2 4 semanas	De la dosis 3 a la dosis 4 De la dosis 4 a la dosis 5
Contra el rotavirus	6 semanas La edad máxima para la primera dosis es de 14 semana 6 días.	4 semanas	De la dosis 3 a la dosis 4 De la dosis 4 a la dosis 5
Difteria, tétanos y tos ferina acelular	6 semanas	4 semanas	6 meses No es necesaria una quinta dosis si la cuarta dosis se administró a los 4 años de edad o después y al menos 6 meses después de la dosis 3.
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b	6 semanas	No se necesitan más dosis si la primera dosis se administró a los 15 meses o más. 4 semanas si la primera dosis se administró antes del primer cumpleaños. 8 semanas (como dosis final) si la primera dosis se administró entre los 12 y los 14 meses.	8 semanas (como dosis final) Esta dosis solo es necesaria para niños de 12 a 59 meses que recibieron 3 dosis antes del primer cumpleaños.
Conjugada antineumocócica	6 semanas	No se necesitan más dosis para niños sanos si la primera dosis se administró a los 24 meses o más. 4 semanas si la primera dosis se administró antes del primer cumpleaños. 8 semanas (como dosis final para niños sanos) si la primera dosis se administró en el primer cumpleaños o después.	8 semanas (como dosis final) Esta dosis solo es necesaria para niños de 12 a 59 meses, independientemente del riesgo, o de 60 a 71 meses con cualquier riesgo, que recibieron 3 dosis antes de los 12 meses.
Poliovirus inactivado	6 semanas	4 semanas	6 meses (edad mínima de 4 años para la dosis final)
Sarampión, paperas, rubéola	12 meses	4 semanas	
Contra la varicela	12 meses	3 meses	
Hepatitis A	12 meses	6 meses	
Antimeningocócica ACWY	2 meses MenACWY-CRM 2 años	8 semanas	Consulte las notas
MenACWY-TT	MenACWY-TT		Consulte las notas
Antimeningocócica ACWY	No corresponde (N/C)	8 semanas	
Tétanos, difteria, tétanos, difteria y tos ferina acelular	A los 7 años	4 semanas	6 meses si la primera dosis de DTaP/DT se administró antes del primer cumpleaños
Virus del papiloma humano	A los 9 años	Se recomiendan intervalos de dosis de rutina.	
Hepatitis A	N/A	6 meses	
Hepatitis B	N/A	4 semanas	
Poliovirus inactivado	N/A	4 semanas	Se indica una cuarta dosis de IPV si todas las dosis anteriores se administraron a los <4 años O si la tercera dosis se administró <6 meses después de la segunda dosis.
Sarampión, paperas, rubéola	N/A	4 semanas	
Contra la varicela	N/A	3 meses si es menor de 13 años. 4 semanas si tiene 13 años de edad o más	
Dengue	A los 9 años	6 meses	

Tabla 3

Calendario de vacunación recomendado para niños y adolescentes por indicación médica, Estados Unidos, 2025

Use siempre esta tabla junto con la Tabla 1 y las Notas que siguen. Las afecciones médicas a menudo no son mutuamente excluyentes. Si existen múltiples condiciones, consulte la guía en todas las columnas relevantes. Consulte las Notas para conocer las afecciones médicas que no figuran en la lista.

Vacuna y otros agentes inmunizantes	Embarazo	Inmunocomprometido (excepto la infección por VIH)	Porcentaje de CD4 de infección por VIH y recuento ^a		Fuga de LCR o implante coclear	Asplenia o deficiencias persistentes de los componentes del complemento	Enfermedad cardíaca o enfermedad pulmonar crónica	Insuficiencia renal, enfermedad renal en etapa terminal o en diálisis	Enfermedad hepática crónica	Diabetes
			<15 % o <200/mm ³	≥15 % y ≥200/mm ³						
VSR-mAb (nirsevimab)		2.ª temporada de VSR	1 dosis; depende del estado de vacunación contra el VSR de la madre (consulte las notas)				2.ª temporada de VSR para enfermedad pulmonar crónica (consulte las notas)	1 dosis; depende del estado de vacunación contra el VSR de la madre (consulte las notas)		
Hepatitis B										
Rotavirus		SCID ^b								
DTaP/Tdap		Difteria, tétanos, tos ferina (DTaP) Tdap: 1 dosis por cada embarazo								
Haemophilus influenzae tipo b (Hib)		HSCT: 3 dosis	Consulte las notas							
Antineumocócica										
Poliomielitis (IPV)										
COVID-19		Es posible que se necesiten dosis adicionales (Consulte las notas)								Consulte las notas
Influenza inactivada		Trasplante de órgano sólido: 18 años (consulte las notas)								
LAIV3										Asma, sibilancias: 2 a 4 años ^c
Sarampión, paperas y rubéola (MMR)		*								
VAR		*								
Hepatitis A										
Virus del papiloma humano (VPH)		*	Serie de 3 dosis (consulte las notas)							
MenACWY										
MenB										
VSR (Abrysvo)		Administración estacional (Consulte las notas)								
Dengue										
Viruela símica		Consulte las notas								

a. Para obtener información adicional sobre los parámetros de laboratorio del VIH y el uso de vacunas vivas, consulte las Pautas generales de mejores prácticas para la vacunación, "Inmunocompetencia alterada", en www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/immunocompetence.html y la Tabla 4-1 (nota J) en www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/contraindications.html.

b. Inmunodeficiencia combinada grave

c. LAIV 3 está contraindicada para niños de 2 a 4 años con asma o sibilancias durante los 12 meses anteriores

Para recomendaciones de vacunación para personas de 19 años de edad o más, consulte la sección Calendario de vacunación recomendado para adultos 2025.

Información adicional

- Para calcular los intervalos entre las dosis, 4 semanas = 28 días. Los intervalos de ≥4 meses se determinan por meses calendario.
- Dentro de un rango de números (p. ej., 12-18), un guion (-) debe leerse como "hasta".
- Las dosis de vacunas administradas ≤4 días antes de la edad o el intervalo mínimos se consideran válidas. Las dosis de cualquier vacuna administradas ≥5 días antes de la edad mínima o el intervalo mínimo no deben contarse como válidas y deben repetirse según corresponda. **La dosis repetida debe espaciarse después de la dosis no válida por el intervalo mínimo recomendado.** Para obtener más detalles, consulte la Tabla 3-2. Edades recomendadas y mínimas e intervalos entre las dosis de la vacuna, en *Pautas generales de mejores prácticas para la vacunación* en www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-best-practices/timing-spacing-immunobiologics.html.
- Hay información disponible sobre los requisitos y las recomendaciones de vacunación para viajes en www.cdc.gov/travel/.

• Para la vacunación de personas con inmunodeficiencias, consulte la Tabla 8-1, Vacunación de personas con inmunodeficiencias primarias y secundarias, en *Pautas generales de mejores prácticas para la vacunación* en www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/immunocompetence.html, y Vacunación en circunstancias clínicas especiales (En: Kimberlin DW, Barnett ED, Lynfield Ruth, Sawyer MH, eds. *Libro rojo: 2021-2024 Informe del Comité de Enfermedades Infecciosas*. 32.ª ed. Itasca, IL: American Academy of Pediatrics; 2021:72-86).

- Para obtener información sobre la vacunación en el entorno de un brote de enfermedad prevenible con vacunas, comuníquese con su departamento de salud estatal o local.
- El Programa Nacional de Compensación por Lesiones causadas por Vacunas (National Vaccine Injury Compensation Program, VICP) es una alternativa sin atribución de responsabilidad al sistema legal tradicional para resolver reclamaciones por lesiones causadas por vacunación. Todas las vacunas incluidas en el calendario de vacunación para niños y adolescentes están cubiertas por el VICP, excepto las vacunas contra el dengue, PPSV23, VSR, viruela símica y COVID-19. Las vacunas contra viruela símica y COVID-19 están cubiertas por el Programa de Compensación por Lesiones con Contramedidas (Countermeasures Injury Compensation Program, CI-CP). Para obtener más información, consulte www.hrsa.gov/vaccinecompensation o www.hrsa.gov/cicp.

Vacunación contra la COVID-19

(edad mínima: 6 meses [Spikevax], 5 años [Comirnaty], 12 años [mNexspeek, Novavaxvici])

Toma de decisiones clínicas compartidas

Vacunación basada en la toma de decisiones individual, con un énfasis en que el riesgo-beneficio de la vacunación es más favorable para las personas que tienen un mayor riesgo de enfermedad grave por COVID-19 y más bajo para aquellos que no tienen un mayor riesgo de acuerdo con la lista de factores de riesgo de COVID-19 de los CDC (consulte www.cdc.gov/covid/hcp/clinical-care/underlying-conditions.html). Para obtener información adicional sobre la toma de decisiones clínicas compartidas, consulte www.cdc.gov/acip/vaccine-recommendations/shared-clinical-decision-making.html. El calendario actual para la vacuna contra la COVID-19 y la formulación de la dosis están disponibles en www.cdc.gov/covidschedule.

Administrar un producto de vacuna contra la COVID-19 adecuado para su edad para cada dosis. No existe una recomendación preferencial para el uso de una vacuna contra la COVID-19 sobre otra cuando hay disponible más de una vacuna recomendada adecuada para la edad.

ESPACIO
DEJADO EN BLANCO
INTENCIONALMENTE

Vacunación contra el dengue

(edad mínima: 9 años)

Vacunación de rutina

- Tiene entre 9 y 16 años y vive en áreas con dengue endémico, y tiene una confirmación de laboratorio de infección previa por dengue.
 - Serie de 3 dosis administrada a los 0, 6 y 12 meses
- Las áreas endémicas incluyen Puerto Rico, Samoa Americana, las Islas Vírgenes de los EE. UU., los Estados Federados de Micronesia, la República de las Islas Marshall y la República de Palaos. Para obtener orientación actualizada sobre las áreas endémicas del dengue y los análisis de laboratorio previos a la vacunación, consulte www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/rr/rr7006a1.htm?s_cid=rr7006a1_w and www.cdc.gov/dengue/index.html
- La vacuna contra el dengue no debe administrarse a niños que viajen o visiten áreas endémicas del dengue.

Difteria, tétano y tos ferina (DTaP) vacunación (edad mínima: 6 semanas [4 años para Kinrix o Quadracel])

Vacunación de rutina

- Serie de 5 dosis (serie primaria de 3 dosis a los 2, 4 y 6 meses, seguida de dosis de refuerzo a los 15 a 18 meses y 4 a 6 años)
 - **Prospectivamente:** La dosis 4 puede administrarse a partir de los 12 meses si han transcurrido al menos 6 meses desde la dosis 3.
 - **Retrospectivamente:** Se puede contar una 4.ª dosis que se administró inadvertidamente tan temprano como a los 12 meses si han transcurrido al menos 4 meses desde la dosis 3.

Vacunación de recuperación

- No es necesaria una dosis 5 si la dosis 4 se administró a los 4 años de edad o después y al menos 6 meses después de la dosis 3.
- Para obtener otra guía para ponerse al día, consulte la Tabla 2.

Situaciones especiales

- **Niños menores de 7 años con una contraindicación específica para el componente de tos ferina de DTaP:** Puede administrar Td para todas las dosis restantes recomendadas en lugar de DTaP. La encefalopatía dentro de los 7 días de la vacunación cuando no es atribuible a otra causa identificable es la única contraindicación específica para el componente de tos ferina de DTaP. Para obtener información adicional, consulte www.cdc.gov/pertussis/hcp/vaccine-recommendations/tq-offlabel.html.

- **Manejo de heridas en niños menores de 7 años con antecedentes de 3 o más dosis de vacuna que contiene toxoide tetánico:** Para todas las heridas, excepto las heridas limpias y menores, administrar DTaP si han transcurrido más de 5 años desde la última dosis de la vacuna que contiene toxoide tetánico. Para obtener información detallada, consulte www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/rr/rr6702a1.htm.

Vacuna contra la haemophilus influenzae tipo b (edad mínima: 6 semanas)

Vacunación de rutina

- **ActHIB, Hiberix, Pentacel o Vaxelis: serie de 4 dosis** (serie primaria de 3 dosis a los 2, 4 y 6 meses, seguida de una dosis de refuerzo* a los 12-15 meses)
- * No se recomienda el uso de Vaxelis como dosis de refuerzo. Se debe usar una vacuna diferente contra la Hib para la dosis de refuerzo.

- **PedvaxHIB:** serie de 3 dosis (serie primaria de 2 dosis a los 2 y 4 meses, seguida de una dosis de refuerzo a los 12-15 meses)

- **Bebés indígenas americanos y nativos de Alaska:** Vaxelis y PedvaxHIB preferidos sobre otras vacunas contra la Hib para la serie primaria.

Vacunación de recuperación

- **Dosis 1 a los 7 a 11 meses:** Administrar la dosis 2 al menos 4 semanas después y la dosis 3 (dosis final) a los 2-15 meses o a las 8 semanas después de la dosis 2 (lo que ocurra más tarde).

- **Dosis 1 a los 12-14 meses:** Administrar la dosis 2 (dosis final) al menos 8 semanas después de la dosis 1.

- **Dosis 1 antes de los 12 meses y dosis 2 antes de los**

15 meses: Administrar la dosis 3 (dosis final) al menos 8 semanas después de la dosis 2.

- **2 dosis de PedvaxHIB antes de los 12 meses:** Administrar la dosis 3 (dosis final) a los 2-59 meses y al menos 8 semanas después de la dosis 2.

- **1 dosis administrada a los 15 meses o más:** No se necesitan más dosis

- **Sin vacunación a los 15-59 meses:** Administrar 1 dosis.

- **Niños no vacunados previamente de 60 meses o más que no se consideran de alto riesgo:** No se requiere la vacunación de recuperación.

Para obtener otra guía para ponerse al día, consulte la Tabla 2. Vaxelis puede usarse para la vacunación de recuperación en niños menores de 5 años. Siga el calendario de recuperación incluso si Vaxelis se utiliza para una o más dosis. Para obtener información detallada sobre el uso de Vaxelis, consulte www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wrr/mm6905a5.htm.

Situaciones especiales

- **Quimioterapia o radiación:**

12-59 meses

- Sin vacunación o solo 1 dosis antes de los 12 meses: 2 dosis, con 8 semanas de diferencia
- 2 o más dosis antes de los 12 meses: 1 dosis al menos 8 semanas después de la dosis anterior

Las dosis administradas dentro de los 14 días posteriores al inicio de la terapia o durante esta deben repetirse al menos 3 meses después de completar la terapia.

- **Trasplante de células madre hematopoyéticas (Hematopoietic stem cell transplant, HSCT):**

- Serie de 3 dosis con 4 semanas de diferencia a partir de 6 a 12 meses después del trasplante exitoso, independientemente de los antecedentes de vacunas contra la Hib.

- **Asplenia anatómica o funcional (incluida la anemia falciforme):**

12-59 meses

- Sin vacunación o solo 1 dosis antes de los 12 meses: 2 dosis, con 8 semanas de diferencia
- 2 o más dosis antes de los 12 meses: 1 dosis al menos 8 semanas después de la dosis anterior

Personas no vacunadas de 5 años de edad o más*

- 1 dosis

- **Esplenectomía electiva:**

Personas no vacunadas de 15 meses o más*

- 1 dosis (preferentemente al menos 14 días antes del procedimiento)

- **Infección por VIH:**

12-59 meses

- Sin vacunación o solo 1 dosis antes de los 12 meses: 2 dosis, con 8 semanas de diferencia
- 2 o más dosis antes de los 12 meses: 1 dosis al menos 8 semanas después de la dosis anterior

Personas no vacunadas de 5 a 18 años*

- 1 dosis

- **Deficiencia de inmunoglobulina, deficiencia temprana del complemento de componentes o uso de inhibidores tempranos del complemento de componentes:**

12-59 meses

- Sin vacunación o solo 1 dosis antes de los 12 meses: 2 dosis, con 8 semanas de diferencia
- 2 o más dosis antes de los 12 meses:

1 dosis al menos 8 semanas después de la dosis anterior

* Sin vacunación = menos de la serie de rutina (hasta los 14 meses) o sin dosis (a partir de los 15 meses)

Vacuna contra la hepatitis A

(edad mínima: 12 meses para la vacunación de rutina)

Vacunación de rutina

- **Serie de 2 dosis** (intervalo mínimo: 6 meses) a los 12-23 meses

Vacunación de recuperación

- **Las personas no vacunadas hasta los 18 años deben completar una serie de 2 dosis** (intervalo mínimo: 6 meses).
• Las personas que previamente recibieron 1 dosis a los 12 meses o más deben recibir la dosis 2 al menos 6 meses después de la dosis 1.
• Los adolescentes de 18 años de edad o más pueden recibir HepA-HepB (Twinrix) como una serie de 3 dosis (0, 1 y 6 meses) o una serie de 4 dosis (3 dosis a los 0, 7 y 21-30 días, seguida de una dosis de refuerzo a los 12 meses).

Viajes internacionales

- Personas que viajan o trabajan en países con hepatitis A endémica alta o intermedia (www.cdc.gov/travel/):
- **Bebés de 6 a 11 meses:** 1 dosis antes de la salida; volver a vacunarse con 2 dosis (separadas por al menos 6 meses) entre los 12 y 23 meses.
- **Sin vacunación a partir de los 12 meses:** Administrar la dosis 1 tan pronto como se considere el viaje.

ESPACIO
DEJADO EN BLANCO
INTENCIONALMENTE

Vacuna contra la hepatitis B

(edad mínima: nacimiento)

Vacunación de rutina

- **La madre es HBsAg-negativa**
 - Serie de 3 dosis a los 0, 1-2, 6-18 meses (use la vacuna monovalente HepB para las dosis administradas antes de las 6 semanas)
 - Peso al nacer $\geq 2,000$ gramos: 1 dosis dentro de las 24 horas del nacimiento si es médicamente estable
 - Peso al nacer $< 2,000$ gramos: 1 dosis a la edad cronológica de 1 mes o alta hospitalaria (lo que ocurra primero e incluso si el peso aún es $< 2,000$ gramos)
 - Los bebés que no recibieron una dosis al nacer deben comenzar la serie lo antes posible (consulte la Tabla 2 para conocer los intervalos mínimos).
 - Se permite la administración de 4 dosis cuando se utiliza una vacuna combinada que contiene HepB después de la dosis de nacimiento.
 - **Intervalos mínimos (consulte la Tabla 2):** cuando se administran 4 dosis, reemplace "dosis 4" por "dosis 3" en estos cálculos.
 - **Última (3.^a o 4.^a) dosis:** 6-18 meses (edad mínima: 24 semanas)

• **La madre es HBsAg-positiva**

- **Dosis al nacer (vacuna monovalente contra la hepatitis B únicamente):** administrar la vacuna contra la hepatitis B e inmunoglobulina contra la hepatitis B (HBIG) en extremidades separadas dentro de las 12 horas del nacimiento, independientemente del peso al nacer.
- **Peso al nacer < 2000 gramos:** administrar 3 dosis adicionales de la vacuna HepB a partir de 1 mes (un total de 4 dosis).
- **Última (3.^a o 4.^a) dosis:** administrar a los 6 meses (edad mínima: 24 semanas).
- Prueba de HBsAg y anti-HBs a los 9-12 meses. Si la serie HepB se retrasa, pruebe 1-2 meses después de la dosis final. No se realice la prueba antes de los 9 meses.
- **La madre es HBsAg-desconocida**
Si existe otra evidencia que sugiera infección por hepatitis B materna (p. ej., presencia de ADN del VHB, HBeAg positivo o madre que se sabe que tiene infección por hepatitis B crónica), administrar al bebé como si la madre fuera HBsAg-positiva.
- **Dosis al nacer (vacuna monovalente contra la hepatitis B únicamente):**
 - Peso al nacer $\geq 2,000$ gramos: administrar la vacuna HepB dentro de las 12 horas del nacimiento. Determine el estado de HBsAg de la madre lo antes posible. Si se determina que la madre es HBsAg-positiva, administrar HBIG lo antes posible (en una extremidad separada), pero no más tarde de los 7 días de vida.

- Peso al nacer $< 2,000$ gramos: administrar la vacuna HepB y HBIG (en extremidades separadas) dentro de las 12 horas del nacimiento. Administrar 3 dosis adicionales de la vacuna HepB a partir del mes de vida (un total de 4 dosis).
- **Última (3.^a o 4.^a) dosis:** administrar a los 6 meses (edad mínima: 24 semanas).

- Si se determina que la madre es HBsAg-positiva o si el estado sigue siendo desconocido, realice una prueba de HBsAg y anti-HBs a los 9 a 12 meses. Si la serie HepB se retrasa, pruebe 1-2 meses después de la dosis final. No se realice la prueba antes de los 9 meses.

Vacunación de recuperación

- Las personas no vacunadas deben completar una serie de 3 dosis a los 0, 1-2, 6 meses. Consulte la Tabla 2 para conocer los intervalos mínimos.
- Los adolescentes de 11 a 15 años pueden usar un calendario alternativo de 2 dosis con al menos 4 meses entre las dosis (formulación para adultos **Recombivax HB** solamente).

- Los adolescentes de 18 años pueden recibir:

- **HepHisv-B:** serie de 2 dosis con al menos 4 semanas de diferencia
- **PreHevbrío*:** serie de 3 dosis a los 0, 1 y 6 meses
- **HepA-HepB (Twinrix):** serie de 3 dosis (0, 1 y 6 meses) o serie de 4 dosis (3 dosis a los 0, 7 y 21-30 días, seguidas de una dosis de refuerzo a los 12 meses).

Situaciones especiales

- Por lo general, no se recomienda volver a vacunarse para las personas con un estado inmunitario normal que se vacunaron como bebés, niños, adolescentes o adultos.

• **Pruebas serológicas posteriores a la vacunación y revacunación**(si los anti-HBs < 10 mIU/ml) se recomiendan para ciertas poblaciones, incluidas las siguientes:

- lactantes nacidos de madres positivas para HBsAg;
- personas en etapa de prediálisis o en diálisis de mantenimiento;
- otras personas inmunocomprometidas.
- Para obtener recomendaciones detalladas sobre la revacunación, consulte www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/rr/rr6701_a1.htm.

* **Nota:** No se recomienda PreHevbrío durante el embarazo debido a la falta de datos de seguridad en mujeres embarazadas.**Vacuna contra el virus del papiloma humano**
(edad mínima: 9 años)**Vacuna de rutina y de recuperación**

- La vacuna contra el VPH se recomienda habitualmente entre los 11 y los 12 años (puede comenzar a los 9 años) y la vacuna contra el VPH de recuperación se recomienda para todas las personas hasta los 18 años si no se vacuna adecuadamente.
- 2 o 3 dosis según la edad al momento de la vacunación inicial:
 - **De 9 a 14 años al momento de la vacunación inicial:** serie de 2 dosis a los 0, 6-12 meses (intervalo mínimo: 5 meses; dosis repetida si se administra demasiado pronto)
 - **15 años de edad o más al momento de la vacunación inicial:** serie de 3 dosis a los 0, 1-2 meses, 6 meses (rangos mínimos: dosis 1 a dosis 2 = 4 semanas; dosis 2 a dosis 3 = 12 semanas; dosis 1 a dosis 3 = 5 meses; repita la dosis si se administra demasiado pronto)
- No se recomienda ninguna dosis adicional cuando cualquier serie de vacunas contra el VPH de cualquier valencia se ha completado utilizando los intervalos de dosis recomendados.

Situaciones especiales

- **Afecciones de inmunodeficiencia, incluida la infección por VIH:** serie de 3 dosis, incluso para aquellas personas que inician la vacunación entre los 9 y 14 años.
- **Antecedentes de abuso o agresión sexual:** A partir de los 9 años
- **Embarazo:** No se necesita prueba de embarazo antes de la vacunación; la vacunación contra el VPH no se recomienda hasta después del embarazo; no se requiere intervención si se vacuna durante el embarazo.

ESPACIO
DEJADO EN BLANCO
INTENCIONALMENTE

Notas

Calendario de vacunación recomendado para niños y adolescentes de 18 años de edad o menos, Estados Unidos, 2025

Vacuna contra la gripe

(edad mínima: 6 meses [VI3], 2 años [LAIV3], 18 años [vacuna contra la influenza recombinante, RIV3])

Vacunación de rutina

Se recomienda la aplicación anual de cualquier vacuna contra la influenza que corresponda según la edad y condición de salud del beneficiario:

- **De 6 meses a 8 años** que hayan recibido menos de 2 dosis de la vacuna contra la influenza antes del 1 de julio de 2024, o cuyo historial de vacunación contra la influenza se desconozca: 2 dosis, con un intervalo de al menos 4 semanas. Administrar la dosis 2 incluso si el niño cumple 9 años entre la aplicación de la dosis 1 y 2.

- **De 6 meses a 8 años** que hayan recibido al menos 2 dosis de la vacuna contra la influenza antes del 1 de julio de 2024: 1 dosis.

- **9 años de edad o más:** 1 dosis

Receptores de trasplantes de órganos sólidos de 18 años

que reciben medicamentos inmunosupresores: las vacunas contra la influenza inactivadas en dosis altas (HD-IV3) y las vacunas contra la influenza inactivadas con adyuvante (aIV3) son opciones aceptables. No hay preferencia por otra IV3 o RIV3 apropiada para la edad.

Para la temporada 2024-25, consulte

www.cdc.gov/mmwr/volumes/73/rr/r7305a1.htm.

Para la temporada 2025-26, consulte las recomendaciones de vacunas contra la influenza del ACIP 2025-26.

Situaciones especiales

• **Contactos cercanos (p. ej., convivientes) de personas con inmunosupresión grave que requieren un entorno protegido:** no deben recibir LAIV3. Si se administra LAIV3, deben evitar el contacto con, o la atención de, personas inmunosuprimidas durante los 7 días posteriores a la vacunación.

Nota: Las personas con alergia al huevo pueden recibir cualquier vacuna contra la influenza (a base de huevo o no) adecuada para su edad y estado de salud.

Vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola

(edad mínima: 12 meses para la vacunación de rutina)

Vacunación de rutina

• Serie de 2 dosis entre los 12 y 15 meses y entre los 4 y 6 años

Vacunación de recuperación

• **Niños y adolescentes no vacunados:** serie de 2 dosis con al menos 4 semanas de intervalo*

Situaciones especiales

Viajes internacionales

- **Bebés de 6 a 11 meses:** 1 dosis antes de la salida; revacunación con una serie de 2 dosis entre los 12 y 15 meses (12 meses para los niños en áreas de alto riesgo) y la segunda dosis tan pronto como 4 semanas después.*

Niños de 12 meses o más:

• Sin vacunación: serie de 2 dosis (con intervalo de al menos 4 semanas*) antes de la salida

• Si ya se administró 1 dosis, la segunda debe aplicarse con un intervalo mínimo de 4 semanas*

• En situaciones de brotes de paperas, para obtener información sobre dosis adicionales de la vacuna MMR (incluida la tercera dosis de MMR), consulte

www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/wr/mm6701a7.htm

* **Nota:** La vacuna MMRV no se recomienda para edades de 12 a 47 meses ni para edades de 13 a 18 años. El intervalo mínimo entre las dosis de MMRV es de 3 meses.

Vacuna antimeningocócica contra los serogrupos A, C, W, Y

(edad mínima: 2 meses [MenACWY-CRM, Menveo], 2 años [MenACWY-TT, MenQuadfi]).

10 años [MenACWY-TT/MenB-FHbp, Penbraya])

Vacunación de rutina

• Serie de 2 dosis entre los 11 y 12 años y a los 16 años

Vacunación de recuperación

• **De 13 a 15 años:** 1 dosis ahora y refuerzo entre los 16 y 18 años (intervalo mínimo: 8 semanas)

• **De 16 a 18 años:** 1 dosis

Situaciones especiales

• **Asplenia anatómica o funcional (incluida la enfermedad de células falciformes), infección por VIH, deficiencia persistente de componentes del complemento, uso de inhibidores del complemento (p. ej., eculizumab, ravulizumab):**

Menveo*

- Dosis 1 a los 2 meses: serie de 4 dosis (3 dosis adicionales a los 4, 6 y 12 meses)

- Dosis 1 a los 3 a 6 meses: serie de 3 o 4 dosis (dosis 2 [y

dosis 3 si corresponde] al menos 8 semanas después de la

dosis anterior hasta que se reciba una dosis a los 7 meses o más, seguida de una dosis adicional al menos 12 semanas después y después de los 12 meses)

- Dosis 1 a los 7 a 23 meses: serie de 2 dosis (dosis 2 al menos

12 semanas después de la dosis 1 y después de los

12 meses)

- Dosis 1 a los 24 meses o más: serie de 2 dosis con al menos

un intervalo de 8 semanas

MenQuadfi

- Dosis 1 a los 24 meses o más: serie de 2 dosis con al menos

un intervalo de 8 semanas

• **Menveo***

Viaje a países con enfermedad meningocócica

hiperendémica o epidémica, incluidos los países del cinturón africano de la meningitis o durante el Hajj

(www.cdc.gov/travel/):

Niños menores de 24 meses:

- **Menveo* (de 2 a 23 meses)**

• Dosis 1 a los 2 meses: serie de 4 dosis (3 dosis adicionales a los 4, 6 y 12 meses)

• Dosis 1 a los 3 a 6 meses: serie de 3 o 4 dosis (dosis 2 [y

dosis 3 si corresponde] al menos 8 semanas después de la

dosis anterior hasta que se reciba una dosis a los 7 meses o más, seguida de una dosis adicional al menos

12 semanas después y después de los 12 meses)

• Dosis 1 a los 7 a 23 meses: serie de 2 dosis (dosis 2 al

menos 12 semanas después de la dosis 1 y después de

los 12 meses)

ESPACIO
DEJADO EN BLANCO
INTENCIONALMENTE

Notas

Calendario de vacunación recomendado para niños y adolescentes de 18 años de edad o menos, Estados Unidos, 2025

Vacuna antimeningocócica contra los serogrupos A, C, W, Y -continuación

- Niños de 2 años de edad o más: 1 dosis de Menveo* o MenQuadfi
- Estudiantes universitarios de primer año que viven en residencias (si no se vacunaron previamente a los 16 años de edad o más) o reclutas militares: 1 dosis de Menveo* o MenQuadfi

Vacunación en adolescentes que recibieron MenACWY antes de los 10 años:

- Niños a quienes se recomiendan refuerzos debido a un aumento continuo del riesgo de enfermedad meningocócica (p. ej., aquellos con deficiencia de componentes del complemento, VIH o asplenia): Siga el calendario de refuerzo para las personas con mayor riesgo.

- Niños para quienes no se recomiendan refuerzos (p. ej., un niño sano que recibió una dosis única para viajar a un país donde la enfermedad meningocócica es endémica): Administrar MenACWY de acuerdo con el calendario recomendado para adolescentes con la dosis 1 entre los 11 y los 12 años y la dosis 2 a los 16 años.

* *Menveo tiene dos formulaciones: liofilizada y líquida. La formulación líquida no debe utilizarse antes de los 10 años. Consulte*

www.cdc.gov/vaccines/vpd/mening/downloads/menveo-single-vial-presentation.pdf.

Nota: Para recomendaciones de dosis de refuerzo de

MenACWY para grupos enumerados en "Situaciones especiales" y en un entorno de brotes e información adicional sobre vacunas antimeningocócicas, consulte

www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/rrr/r6909a1.htm.

Los niños de 10 años de edad o más pueden recibir una dosis única de Penbraya como alternativa a la administración separada de MenACWY y MenB cuando ambas vacunas se administrarán el mismo día de la clínica (consulte la sección "Vacunación meningocócica del serogrupo B" a continuación para obtener más información).

ESPACIO
DEJADO EN BLANCO
INTENCIONALMENTE

Vacuna antimeningocócica contra el serogrupo B (edad mínima: 10 años [MenB-4C, Bexsero; MenB-FHbp, Trumenba; MenACWY-TT/MenB-FHbp, Penbraya])

Toma de decisiones clínicas compartidas

- **Adolescentes sin mayor riesgo, de 16 a 23 años (edad preferida: 16 a 18 años)*, según la toma de decisiones clínicas compartida.**
- **Bexsero o Trumenba (use la misma marca para todas las dosis):** serie de 2 dosis con un intervalo de al menos 6 meses (si la dosis 2 se administra antes de los 6 meses, administrar la dosis 3 al menos 4 meses después de la dosis 2)

* Para optimizar la protección rápida (p. ej., para estudiantes que comienzan la universidad en menos de 6 meses), se puede administrar una serie de 3 dosis (0, 1-2, 6 meses).

Para obtener información adicional sobre la toma de decisiones clínicas compartidas para MenB, consulte

www.cdc.gov/vaccines/hcp/admin/downloads/isd-job-aid-scdm-mening-b-shared-clinical-decision-making.pdf

Situaciones especiales

Asplenia anatómica o funcional (incluida la enfermedad de células falciformes), deficiencia persistente de componentes del complemento, uso de inhibidores del complemento (p. ej., eculizumab, ravulizumab).

- **Bexsero o Trumenba (use la misma marca para todas las dosis, incluidas las dosis de refuerzo)** serie de 3 dosis a los 0, 1-2, 6 meses (si la dosis 2 se administró al menos 6 meses después de la dosis 1, la dosis 3 no es necesaria; si la dosis 3 se administra antes de los 4 meses después de la dosis 2, se debe administrar una 4.ª dosis al menos 4 meses después de la dosis 3)

Para obtener recomendaciones sobre la dosis de refuerzo de MenB para los grupos enumerados en "Situaciones especiales" y en un entorno de brote e información adicional sobre la vacunación antimeningocócica, consulte

www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/rrr/r6909a1.htm.

Nota: Las vacunas MenB pueden administrarse simultáneamente con las vacunas MenACWY si están indicadas, pero en un sitio anatómico diferente, siempre que sea posible.

Los niños de 10 años de edad o más pueden recibir una dosis de Penbraya (MenACWY-TT/MenB-FHbp) como alternativa a la administración separada de MenACWY y MenB cuando ambas vacunas se administrarán el mismo día de la clínica. Para los niños elegibles para la edad que no tienen un mayor riesgo, si Penbraya se utiliza para la dosis 1 de MenB, MenB-FHbp (Trumenba) debe administrarse para la dosis 2 de MenB. Para los niños con edad elegible y con mayor riesgo de enfermedad meningocócica, Penbraya puede utilizarse para dosis adicionales de MenACWY y MenB (incluidas las dosis de refuerzo) si ambas se administran el mismo día en la clínica y han transcurrido al menos 6 meses desde la última dosis de Penbraya.

Vacuna contra el virus de la viruela del mono (edad mínima: 18 años [Jynneos])

Situaciones especiales

- **18 años y en riesgo de infección por viruela del mono:** serie completa de 2 dosis, con un intervalo de 28 días.
- Los factores de riesgo de infección por viruela del mono incluyen:**
- Homosexuales, bisexuales u otros HSH, o personas que han tenido relaciones sexuales homosexuales, bisexuales u otros HSH que en los últimos 6 meses y que hayan presentado una de las siguientes situaciones:
 - Un nuevo diagnóstico de al menos 1 enfermedad de transmisión sexual
 - Más de 1 pareja sexual
 - Relaciones sexuales en un lugar donde se ofrece sexo como servicio
 - Relaciones sexuales en el contexto de un evento público de gran magnitud en una zona geográfica donde se está produciendo una transmisión del virus de la viruela del mono

- Personas que son parejas sexuales de las personas descritas anteriormente
- Personas que anticipan experimentar cualquiera de las situaciones descritas anteriormente

- **Embarazo:** Actualmente no existe una recomendación del ACIP para el uso de Jynneos durante el embarazo debido a la falta de datos de seguridad en mujeres embarazadas. Las mujeres embarazadas con cualquier factor de riesgo descrito anteriormente pueden recibir Jynneos.

Para obtener información detallada, consulte www.cdc.gov/mpox/hcp/vaccine-considerations/vaccination-overview.html

ESPACIO
DEJADO EN BLANCO
INTENCIONALMENTE

Vacuna antineumocócica

(edad mínima: 6 semanas [PCV15], [PCV 20]; 2 años [PPSV23])

Vacunación de rutina con PCV

- Serie de 4 dosis a los 2, 4, 6, 12-15 meses
- **Vacunación de recuperación con PCV**
- Niños sanos de 2 a 4 años de edad con cualquier serie de PCV incompleta*: 1 dosis de PCV
- Para obtener otra guía para ponerse al día, consulte la Tabla 2.
- **Nota:** Para los niños **sin** afecciones de riesgo, la PCV20 no está indicada si han recibido 4 dosis de PCV13 o PCV15 u otra serie completa de PCV adecuada para su edad.

Situaciones especiales

Niños y adolescentes con pérdida de líquido cefalorraquídeo; enfermedad cardíaca crónica; enfermedad renal crónica (sin diálisis de mantenimiento y síndrome nefrótico); enfermedad hepática crónica; enfermedad pulmonar crónica (incluido el asma persistente moderada o grave); implante coclear; o diabetes mellitus:

De los 2 a los 5 años de edad

- Cualquier serie PCV incompleta* con:
 - 3 dosis de PCV: 1 dosis de PCV (al menos 8 semanas después de la dosis más reciente de PCV)
 - Menos de 3 dosis de PCV: 2 dosis de PCV (al menos 8 semanas después de la dosis más reciente y separadas por un intervalo mínimo de 8 semanas)
- Haber completado la serie recomendada de PCV, pero no haber recibido PPSV23.
- Haber recibido previamente al menos 1 dosis de PCV20: no se requieren dosis adicionales de PCV ni de PPSV23
- No haber recibido previamente PCV20: administrar 1 dosis de PCV20 o 1 dosis de PPSV23 al menos 8 semanas después de la dosis más reciente de PCV.

De los 6 a los 18 años de edad

- No haber recibido previamente ninguna dosis de PCV13, PCV15 o PCV20: administrar 1 dosis de PCV15 o PCV20. Si se utiliza PCV15 y no se ha recibido previamente PPSV23, administrar 1 dosis de PPSV23 al menos 8 semanas después de la dosis de PCV15.**
- Haber recibido PCV antes de los 6 años, pero no haber recibido PPSV23
 - Haber recibido previamente al menos 1 dosis de PCV20: no se requieren dosis adicionales de PCV ni de PPSV23
 - No haber recibido previamente PCV20: administrar 1 dosis de PCV20 o 1 dosis de PPSV23 al menos 8 semanas después de la dosis más reciente de PCV.
- Haber recibido únicamente PCV13 a los 6 años o posteriormente: administrar 1 dosis de PCV20 o 1 dosis de PPSV23 al menos 8 semanas después de la dosis más reciente de PCV13.
- Haber recibido 1 dosis de PCV13 y 1 dosis de PPSV23 a los 6 años o posteriormente: no se indican dosis adicionales de ninguna vacuna PCV ni PPSV23.

Niños y adolescentes que reciben diálisis de mantenimiento o con afecciones inmunocomprometedoras, como síndrome nefrótico; asplenia congénita o adquirida o disfunción esplénica; inmunodeficiencias congénitas o adquiridas; enfermedades y afecciones tratadas con medicamentos inmunosupresores o radioterapia, incluidas neoplasias malignas, leucemias, linfomas, enfermedad de Hodgkin y trasplante de órganos sólidos; infección por VIH; o anemia falciforme u otras hemoglobinopatías:

De los 2 a los 5 años

- Cualquier serie PCV incompleta*:
 - 3 dosis de PCV: 1 dosis de PCV (al menos 8 semanas después de la dosis más reciente de PCV)
 - Menos de 3 dosis de PCV: 2 dosis de PCV (al menos 8 semanas después de la dosis más reciente y separadas por un intervalo mínimo de 8 semanas)
- Haber completado la serie recomendada de PCV, pero no haber recibido PPSV23
- Haber recibido previamente al menos 1 dosis de PCV20: no se requieren dosis adicionales de PCV ni de PPSV23
- No haber recibido previamente PCV20: administrar 1 dosis de PCV20 o 1 dosis de PPSV23 al menos 8 semanas después de la dosis más reciente de PCV. Si se utiliza PPSV23, administrar 1 dosis de PCV20 o la dosis 2 de PPSV23 al menos 5 años después de la dosis 1 de PPSV23.

De los 6 a los 18 años de edad

- No haber recibido previamente ninguna dosis de PCV13, PCV15 o PCV20: administrar 1 dosis de PCV15 o 1 dosis de PCV20. Si se utiliza PCV15 y no se ha recibido previamente PPSV23, administrar 1 dosis de PPSV23 al menos 8 semanas después de la dosis de PCV15.**
 - Haber recibido PCV antes de los 6 años, pero no haber recibido PPSV23
 - Haber recibido previamente al menos 1 dosis de PCV20: no se requiere ninguna dosis adicional de PCV ni de PPSV23
 - No haber recibido previamente PCV20: administrar 1 dosis de PCV20 o 1 dosis de PPSV23 al menos 8 semanas después de la dosis más reciente de PCV. Si se utiliza PPSV23, administrar PCV20 o la dosis 2 de PPSV23 al menos 5 años después de la dosis 1 de PPSV23.
 - Haber recibido únicamente PCV13 a los 6 años o posteriormente: administrar 1 dosis de PCV20 o 1 dosis de PPSV23 al menos 8 semanas después de la dosis más reciente de PCV13. Si se utiliza PPSV23, administrar 1 dosis de PCV20 o la dosis 2 de PPSV23 al menos 5 años después de la dosis 1 de PPSV23.
 - Haber recibido 1 dosis de PCV13 y 1 dosis de PPSV23 a los 6 años o posteriormente: administrar 1 dosis de PCV20 o 1 dosis de PPSV23 al menos 8 semanas después de la dosis más reciente de PCV13. Si se utiliza PPSV23, administrar 1 dosis de PCV20 o la dosis 2 de PPSV23 al menos 5 años después de la dosis 1 de PPSV23.
 - Haber recibido 1 dosis de PCV13 y 1 dosis de PPSV23 a los 6 años o posteriormente: administrar 1 dosis de PCV20 o 1 dosis de PPSV23 al menos 8 semanas después de la dosis más reciente de PCV13 y al menos 5 años después de la primera dosis de PPSV23.
- Embarazo:** no se recomienda la administración de PCV ni PPSV23 debido a datos limitados. El resumen de los datos existentes sobre la vacuna antineumocócica durante el embarazo se puede encontrar en www.cdc.gov/mmwr/volumes/72/rr/rr7203a1.htm
- Para obtener orientación sobre cómo determinar qué vacunas antineumocócicas necesita un paciente y cuándo, consulte la aplicación móvil, que se puede descargar aquí: wcrms-wp.cdc.gov/pneumococcal/hcp/vaccine-recommendations/app.html
- * **Serie incompleta** = no haber recibido todas las dosis, ya sea de la serie recomendada o de una serie de recuperación apropiada para la edad. Consulte la Tabla 2 en las recomendaciones antineumocócicas del ACIP en stacks.cdc.gov/view/cdc/133252
- ** **Cuando se indiquen tanto PCV15 como PPSV23, administrar todas las dosis de PCV15 primero. La PCV15 y PPSV23 no deben administrarse durante la misma visita.**

Vacuna contra el poliovirus (edad mínima: 6 semanas)

Vacunación de rutina

- Serie de 4 dosis a los 2, 4, 6–18 meses y 4–6 años de edad; administrar la dosis final a los 4 años de edad o posteriormente, y al menos 6 meses después de la dosis previa.
- Se pueden administrar 4 o más dosis de IPV antes de los 4 años cuando se utiliza una vacuna combinada que contiene IPV. Sin embargo, todavía se recomienda una dosis a los 4 años o posteriormente, y al menos 6 meses después de la dosis previa.

Vacunación de recuperación

- En los primeros 6 meses de vida, utilice las edades mínimas y los intervalos únicamente para viajes a una región endémica de poliomielitis o durante un brote.

- **Adolescentes de 18 años de edad con antecedente conocido o sospechado de no haber sido vacunados o de haber recibido una vacunación incompleta:** administrar las dosis restantes (1, 2 o 3 dosis de IPV) para completar una serie primaria de 3 dosis.*

A menos que existan razones específicas para creer que fueron vacunadas, la mayoría de las personas de 18 años de edad o más nacidas y criadas en los Estados Unidos pueden asumir que fueron vacunadas contra la poliomielitis durante la infancia.

Series que contienen vacuna contra el poliovirus oral (OPV), ya sea combinadas OPV-IPV o series exclusivamente con OPV:

- La cantidad total de dosis necesarias para completar la serie es la misma que la recomendada para el calendario de IPV de los EE. UU. Consulte www.cdc.gov/mmwr/volumes/66/wr/mm6601a6_w.ccid=mm6601a6_w.
- Solo la vacuna antipoliomielítica oral trivalente (tOPV) cuenta para cumplir con los requisitos de vacunación en los Estados Unidos.
- Las dosis de OPV administradas antes del 1 de abril de 2016 deben contarse (a menos que se indique específicamente que se administraron durante una campaña).
- Las dosis de OPV administradas a partir del 1 de abril de 2016 no deben contarse.
- Para obtener orientación sobre cómo evaluar las dosis documentadas como "OPV", consulte www.cdc.gov/mmwr/volumes/66/wr/mm6606a7.htm?s_cid=mm6606a7_w.
- Para obtener otra guía para ponerse al día, consulte la Tabla 2.

Situaciones especiales

- **Adolescentes de 18 años de edad con mayor riesgo de exposición al poliovirus y que hayan completado la serie primaria***: puede administrarse una dosis única de refuerzo de IPV a lo largo de la vida.

* **Nota:** La serie primaria completa consiste en al menos 3 dosis de IPV o de vacuna contra el poliovirus oral trivalente (tOPV), en cualquier combinación.

Para obtener información detallada, consulte: www.cdc.gov/vaccines/vpd/polio/polio/hcp/recommendations.htm

Inmunización contra el virus sincitial respiratorio

(edad mínima: nacimiento [Nirsevimab, VSR-mAb, Beyfortus])

Vacunas de rutina

- **Bebés nacidos entre octubre y marzo en la mayor parte del territorio continental de los Estados Unidos***

- La madre no recibió la vacuna contra el VSR, o se desconoce su estado de vacunación, o recibió la vacuna contra el VSR en un embarazo previo; administrar 1 dosis de nirsevimab dentro de la primera semana de vida, idealmente durante la hospitalización por el nacimiento.

- La madre recibió la vacuna contra el VSR **menos de 14 días** antes del parto; administrar 1 dosis de nirsevimab dentro de la primera semana de vida, idealmente durante la hospitalización por el nacimiento.

- La madre recibió la vacuna contra el VSR **al menos 14 días** antes del parto; nirsevimab no es necesario, pero puede considerarse en circunstancias poco frecuentes a discreción de los proveedores de atención de la salud (consulte www.cdc.gov/vaccines/vpd/rsv/hcp/child-faqs.html)

- **Bebés nacidos entre abril y septiembre en la mayor parte del territorio continental de los Estados Unidos***

- La madre no recibió la vacuna contra el VSR, o se desconoce su estado de vacunación, o la recibió en un embarazo previo; administrar 1 dosis de nirsevimab poco antes del inicio de la temporada de VSR.*

- La madre recibió la vacuna contra el VSR **menos de 14 días** antes del parto; administrar 1 dosis de nirsevimab poco antes del inicio de la temporada de VSR.*

- La madre recibió la vacuna contra el VSR **al menos 14 días** antes del parto; nirsevimab no es necesario, pero puede considerarse en circunstancias poco frecuentes a discreción de los proveedores de atención de la salud (consulte www.cdc.gov/vaccines/vpd/rsv/hcp/child-faqs.html)

Los bebés con hospitalización prolongada al nacer** (p. ej., por prematuridad) dados de alta entre octubre y marzo deben ser inmunizados poco antes o inmediatamente después del alta.

Situaciones especiales

- **De 8 a 19 meses con enfermedad pulmonar crónica de la prematuridad que requiera apoyo médico (p. ej., tratamiento crónico con corticosteroides, terapia diurética o de oxígeno suplementario) en cualquier momento durante el período de 6 meses previo al inicio de la segunda temporada de VSR; inmunodeficiencia grave; fibrosis quística con peso para la talla < percentil 10 o manifestación de enfermedad pulmonar grave (p. ej., hospitalización previa por exacerbación pulmonar en el primer año de vida o anomalías en las imágenes de tórax que persisten en estado estable)**:**

- 1 dosis de nirsevimab poco antes del inicio de la segunda temporada de VSR*

- **De 8-19 meses que son indígenas americanos o nativos de Alaska:** 1 dosis de nirsevimab poco antes del inicio de la segunda temporada de VSR*

- **Elegible por edad y sometido a cirugía cardíaca con derivación cardiopulmonar**:** 1 dosis adicional de nirsevimab después de la cirugía. Consulte

www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2023/761328s000bl.pdf

* **Nota:** Aunque el inicio y la duración de la temporada de VSR pueden variar, se recomienda la administración de nirsevimab de octubre a marzo en la mayor parte de los Estados Unidos continentales (óptimamente entre octubre y noviembre o dentro de la primera semana de vida). Los proveedores en jurisdicciones con una estacionalidad del VSR diferente a la de la mayor parte de los Estados Unidos continentales (p. ej., Alaska, jurisdicciones con clima tropical) deben seguir la orientación de las autoridades de salud pública (p. ej., CDC, departamentos de salud) o de los centros médicos regionales sobre el momento de la administración, según la estacionalidad local del VSR.

** **Nota:** Nirsevimab puede administrarse a los niños que sean elegibles para recibir palivizumab. Los niños que hayan recibido nirsevimab no deben recibir palivizumab durante la misma temporada de VSR.

Para obtener más orientación, consulte

www.cdc.gov/mmwr/volumes/72/wr/mm7234a4.htm y www.cdc.gov/vaccines/vpd/rsv/hcp/child-faqs.html

ESPACIO
DEJADO EN BLANCO
INTENCIONALMENTE

Notas

Calendario de vacunación recomendado para niños y adolescentes de 18 años de edad o menos, Estados Unidos, 2025

Vacunación contra el virus sincitial respiratorio (VSR [Abyrsvgo])

Vacunación de rutina

- **Embarazadas entre las 32 semanas y 0 días hasta las 36 semanas y 6 días de gestación, de septiembre a enero en la mayor parte de los Estados Unidos continentales***: 1 dosis de Abyrsvgo. Administrar la vacuna contra el VSR independientemente de la infección previa por el VSR.
 - Se recomienda la vacunación materna contra el VSR con Abyrsvgo o la inmunización infantil con nirsevimab (anticuerpo monoclonal contra el VSR) para prevenir la enfermedad grave por virus sincitial respiratorio en bebés.
- **Todas las demás mujeres embarazadas**: Vacuna contra el VSR no recomendada
- **Embarazos posteriores**: no se recomiendan dosis adicionales. No existen datos disponibles que permitan determinar si se necesitan dosis adicionales en embarazos posteriores. Los bebés nacidos de mujeres embarazadas que recibieron la vacuna contra el VSR durante un embarazo previo deben recibir nirsevimab.

* **Nota**: Los proveedores en jurisdicciones con una estacionalidad del VSR diferente a la de la mayor parte de los Estados Unidos continentales (p. ej., Alaska, jurisdicciones con clima tropical) deben seguir la orientación de las autoridades de salud pública (p. ej., CDC, departamentos de salud) o de los centros médicos regionales sobre el momento de la administración, según la estacionalidad local del VSR.

Vacuna contra el rotavirus

(edad mínima: 6 semanas)

Vacunación de rutina

- **Rotarix**: serie de 2 dosis a los 2 y 4 meses
- **RotaTeq**: serie de 3 dosis a los 2, 4 y 6 meses
- Si alguna dosis de la serie es **RotaTeq** o se desconoce, se debe aplicar por defecto una serie de 3 dosis.

Vacunación de recuperación

- No iniciar la serie a las 15 semanas y 0 días o posteriormente.
- La edad máxima para la dosis final es de 8 meses y 0 días.
- Para obtener otra guía para ponerse al día, consulte la Tabla 2.

Tétanos, difteria y tos ferina (Tdap)

Vacunación (edad mínima: 11 años para la vacunación de rutina, 7 años para la vacunación de recuperación)

Vacunación de rutina

- **De 11 a 12 años**: 1 dosis de vacuna Tdap (refuerzo para adolescentes)
- **Embarazo**: 1 dosis de la Tdap durante cada embarazo, preferentemente en la primera parte de las semanas de gestación 27 a 36.
- Nota**: La vacuna Tdap puede administrarse independientemente desde la última vacuna con toxoide contra el tétanos y la difteria.

Vacunación de recuperación

- **De 13 a 18 años que no han recibido la vacuna Tdap**: 1 dosis de la vacuna Tdap (refuerzo para adolescentes)
- **De 7 a 18 años no completamente vacunados* con DTaP**: 1 dosis de Tdap como parte de la serie de recuperación (preferentemente como primera dosis); si se necesitan dosis adicionales, utilizar Td o Tdap.
- **La vacuna Tdap se administra entre los 7 y los 10 años**:
 - **De 7 a 9 años** que reciben la vacuna Tdap deben recibir la dosis de refuerzo de la vacuna Tdap para adolescentes de 11 a 12 años
 - **Los niños de 10 años** que reciben Tdap no necesitan la dosis de refuerzo adolescente de Tdap a los 11 a 12 años
- **DTaP administrado inadvertidamente a partir de los 7 años**:
 - **De 7 a 9 años**: La vacuna DTaP puede contarse como parte de la serie de recuperación. Administrar la dosis de refuerzo de la vacuna Tdap para adolescentes entre los 11 y los 12 años.
 - **De 10 a 18 años**: Contar la dosis de DTaP como la dosis de refuerzo adolescente de Tdap.
- Para obtener otra guía para ponerse al día, consulte la Tabla 2.

Situaciones especiales

- **Manejo de heridas** en personas de 7 años de edad o más con antecedente de 3 o más dosis de vacuna que contiene toxoide tetánico: Para heridas limpias y menores, administrar Tdap o Td si han transcurrido más de 10 años desde la última dosis de una vacuna que contenga toxoide tetánico; para todas las demás heridas, administrar Tdap o Td si han transcurrido más de 5 años desde la última dosis de una vacuna que contenga toxoide tetánico. Se prefiere la administración de Tdap en personas de 11 años de edad o más que no hayan recibido previamente Tdap o cuyo historial de Tdap sea desconocido. Si se indica una vacuna que contenga toxoide tetánico en una adolescente embarazada, utilizar Tdap.
- Para obtener información detallada, consulte www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6903a5.htm.
- * **Completamente vacunado** = 5 dosis válidas de DTaP o 4 dosis válidas de DTaP si la dosis 4 se administró a los 4 años de edad o más

Vacunación contra la varicela

(edad mínima: 12 meses)

Vacunación de rutina

- Serie de 2 dosis a los 12 a 15 meses, 4 a 6 años
 - La dosis 2 puede administrarse apenas 3 meses después de la dosis 1 (una dosis administrada inadvertidamente después de al menos 4 semanas puede contarse como válida).

Vacunación de recuperación

- Asegurarse de que las personas de 7-18 años sin evidencia de inmunidad (consulte *MMWR* en www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr5604.pdf) reciban una serie de 2 dosis:
 - De 7 a 12 años**: Intervalo de rutina: 3 meses (una dosis administrada inadvertidamente después de al menos 4 semanas puede contarse como válida)
 - A partir de los 13 años**: Intervalo de rutina: 4 a 8 semanas (intervalo mínimo: 4 semanas)

Nota: No se recomienda la MMRV para personas de 12 a 47 meses o de 13 a 18 años de edad (administre las vacunas MMR y contra la varicela por separado para estos grupos etarios). El intervalo mínimo entre las dosis de MMRV es de 3 meses.

ESPACIO
DEJADO EN BLANCO
INTENCIONALMENTE

Guía de contraindicaciones y precauciones para las vacunas de uso común

Adaptado de la *Tabla 4-1 de las Guías de Mejores Prácticas Generales para la Inmunización del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP)*: Contraindicación y precauciones, prevención y control de la influenza estacional con vacunas: Recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización, Estados Unidos, temporada de influenza 2024-25 | MMWR (cdc.gov) y contraindicaciones y precauciones para la vacunación contra la COVID-19

Vacunas y otros agentes inmunizantes		Contraindicada o no recomendada ¹		Precauciones ²	
Vacunas de ARNm contra la COVID-19 [Cominaty, mNexspike, Spikevax]		<ul style="list-style-type: none"> Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de una vacuna de ARNm contra la COVID-19³ 		<ul style="list-style-type: none"> Alergia no grave diagnosticada (p. ej., urticaria más allá del lugar de la inyección) a un componente de una vacuna de ARNm contra la COVID-19³; o reacción alérgica inmediata no grave (inicio de menos de 4 horas) después de la administración de una dosis previa de una vacuna de ARNm contra la COVID-19 Miocarditis o pericarditis dentro de las 3 semanas posteriores a una dosis de cualquier vacuna contra la COVID-19 Síndrome de inflamación multisistémica en niños (MIS-C) o síndrome de inflamación multisistémica en adultos (MIS-A) Enfermedad aguda moderada o grave, con o sin fiebre 	
Vacuna de subunidad de proteína contra la COVID-19 [Nuvaxovid]		<ul style="list-style-type: none"> Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de Nuvaxovid³ 		<ul style="list-style-type: none"> Alergia no grave diagnosticada (p. ej., urticaria más allá del lugar de la inyección) a un componente de Nuvaxovid³; o reacción alérgica inmediata no grave (inicio de menos de 4 horas) después de la administración de una dosis previa de Nuvaxovid Miocarditis o pericarditis dentro de las 3 semanas posteriores a una dosis de cualquier vacuna contra la COVID-19 Síndrome de inflamación multisistémica en niños (MIS-C) o síndrome de inflamación multisistémica en adultos (MIS-A) Enfermedad aguda moderada o grave, con o sin fiebre 	
Influenza, con cultivo en huevos, inyectable inactivado (flV3)		<ul style="list-style-type: none"> Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de la dosis previa de cualquier vacuna contra la influenza (es decir, cualquier flV, ccIV, RIV o LAIV con cultivo en huevos de cualquier valencia) Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) a cualquier componente de la vacuna³ (excluido el huevo) 		<ul style="list-style-type: none"> Síndrome de Guillain-Barré (SGB) dentro de las 6 semanas posteriores a una dosis previa de cualquier tipo de vacuna contra la influenza Enfermedad aguda moderada o grave, con o sin fiebre 	
Influenza, vacuna inactivada inyectable basada en cultivo celular (ccIV3) [Fluceivax]		<ul style="list-style-type: none"> Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) a cualquier componente³ de ccIV3 		<ul style="list-style-type: none"> Síndrome de Guillain-Barré (SGB) dentro de las 6 semanas posteriores a una dosis previa de cualquier tipo de vacuna contra la influenza Personas con antecedentes de reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa de cualquier flV, RIV o LAIV con cultivo en huevos de cualquier valencia. Si se utiliza ccIV3, administrar en un entorno médico bajo la supervisión de un profesional de la salud capaz de reconocer y manejar reacciones alérgicas graves. Puede consultar a un alergista. Enfermedad aguda moderada o grave, con o sin fiebre 	
Influenza, vacuna recombinante inyectable (RIV3) [Flublak]		<ul style="list-style-type: none"> Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) a cualquier RIV de cualquier valencia o a cualquier componente³ de RIV3 		<ul style="list-style-type: none"> Síndrome de Guillain-Barré (SGB) dentro de las 6 semanas posteriores a una dosis previa de cualquier tipo de vacuna contra la influenza Personas con antecedentes de reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa de cualquier flV, ccIV o LAIV con cultivo en huevos de cualquier valencia. Si se utiliza RIV3, administrar en un entorno médico bajo la supervisión de un profesional de la salud capaz de reconocer y manejar reacciones alérgicas graves. Puede consultar a un alergista. Enfermedad aguda moderada o grave, con o sin fiebre 	
Influenza, vacuna viva atenuada (LAIV3) [Flumist]		<ul style="list-style-type: none"> Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de la dosis previa de cualquier vacuna contra la influenza (es decir, cualquier flV, ccIV, RIV o LAIV con cultivo en huevos de cualquier valencia) Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) a cualquier componente de la vacuna³ (excluido el huevo) Niños de 2 a 4 años con antecedentes de asma o sibilancias Asplenia anatómica o funcional Inmunodeficiencia por cualquier causa, incluyendo, entre otras, medicamentos e infección por VIH Contactos cercanos o cuidadores de personas con una inmunodeficiencia grave que requieren un entorno protegido. Embarazo Implantes cocleares Comunicación activa entre el líquido cefalorraquídeo (LCR) y la orofaringe, nasofaringe, nariz, oído u otra fuga craneal de LCR Niños y adolescentes que reciben aspirina o medicamentos que contienen salicilatos Recibió medicamentos antivirales para la influenza, oseltamivir o zanamivir, dentro de las 48 horas anteriores, peramivir dentro de los 5 días anteriores o baloxavir dentro de los 17 días anteriores 		<ul style="list-style-type: none"> Personas con afectaciones médicas subyacentes disímiles de las enumeradas bajo contraindicaciones que puedan predisponer a complicaciones tras la infección por virus de influenza de tipo silvestre, por ejemplo, trastornos pulmonares crónicos, cardiovasculares (excepto hipertensión aislada), renales, hepáticos, neurológicos, hematológicos o metabólicos (incluida la diabetes mellitus) Enfermedad aguda moderada o grave, con o sin fiebre 	

1. Cuando hay una contraindicación, NO se debe administrar una vacuna. Kroger A, Bahta L, Hunter P. ACIP General Best Practice Guidelines for Immunization.

2. Cuando hay una precaución presente, la vacunación generalmente debe posponerse, pero podría indicarse si el beneficio de la vacuna supera el riesgo de una reacción adversa. Kroger A, Bahta L, Hunter P. ACIP General Best Practice Guidelines for Immunization.

3. Los proveedores de vacunas deben consultar la información de prescripción aprobada por la FDA para obtener la información más completa y actualizada, incluidas las contraindicaciones, advertencias y precauciones. Consulte los prospectos de las vacunas autorizadas en los Estados Unidos.

Vacunas y otros agentes inmunizantes	Contraindicado o no recomendado ¹	Precauciones ²
Dengue (DEN4CYD)	<ul style="list-style-type: none"> Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de la vacuna³ Inmunodeficiencia grave (p. ej., tumores hematológicos y sólidos, recepción de quimioterapia, inmunodeficiencia congénita, terapia inmunosupresora a largo plazo o pacientes con infección por VIH que están gravemente inmunocomprometidos) Falta de confirmación de laboratorio de una infección previa por dengue 	<ul style="list-style-type: none"> Embarazo Infección por VIH sin evidencia de inmunosupresión grave Enfermedad aguda moderada o grave, con o sin fiebre
Difteria, tétano y tos ferina (DTaP)	<ul style="list-style-type: none"> Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de la vacuna³ Encefalopatía (p. ej., coma, disminución del nivel de conciencia, convulsiones prolongadas) no atribuible a otra causa identificable dentro de los 7 días posteriores a la administración de una dosis previa de DTP o DTaP 	<ul style="list-style-type: none"> Síndrome de Guillain-Barré (SGB) dentro de las 6 semanas posteriores a una dosis previa de vacuna que contiene toxoide tetánico Antecedentes de reacciones de hipersensibilidad tipo Arthus después de una dosis previa de vacuna que contiene toxoide difterico o toxoide tetánico; diferir la vacunación hasta que hayan transcurrido al menos 10 años desde la última vacuna que contiene toxoide tetánico. Solo para DTaP: Trastorno neurológico progresivo, incluyendo espasmos infantiles, epilepsia no controlada, encefalopatía progresiva; diferir la administración de DTaP hasta que el estado neurológico esté aclarado y estabilizado Enfermedad aguda moderada o grave, con o sin fiebre Enfermedad aguda moderada o grave, con o sin fiebre
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (Hib)	<ul style="list-style-type: none"> Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de la vacuna³ Menores de 6 semanas 	<ul style="list-style-type: none"> Enfermedad aguda moderada o grave, con o sin fiebre
Hepatitis A (HepA)	<ul style="list-style-type: none"> Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de la vacuna³, incluyendo la neomicina 	<ul style="list-style-type: none"> Enfermedad aguda moderada o grave, con o sin fiebre
Hepatitis B (HepB)	<ul style="list-style-type: none"> Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de la vacuna³, incluyendo la levadura Embarazo: No se recomienda PreHevrbio debido a la falta de datos de seguridad en mujeres embarazadas. Utilice otras vacunas contra la hepatitis B si está indicada la vacunación contra HepB⁴ 	<ul style="list-style-type: none"> Enfermedad aguda moderada o grave, con o sin fiebre
Vacuna contra la hepatitis A y la hepatitis B (HepA-HepB) [Twinnx]	<ul style="list-style-type: none"> Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de la vacuna³, incluyendo la neomicina y la levadura 	<ul style="list-style-type: none"> Enfermedad aguda moderada o grave, con o sin fiebre
Virus del papiloma humano (VPH)	<ul style="list-style-type: none"> Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de la vacuna³ Embarazo: No se recomienda la vacuna contra el VPH. 	<ul style="list-style-type: none"> Enfermedad aguda moderada o grave, con o sin fiebre
Sarampión, rubéola, paperas (MMR)	<ul style="list-style-type: none"> Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de la vacuna³ 	<ul style="list-style-type: none"> Recepción reciente (≤11 meses) de un producto sanguíneo que contiene anticuerpos (el intervalo específico depende del producto)
Sarampión, paperas, rubéola y varicela (MMRV)	<ul style="list-style-type: none"> Inmunodeficiencia grave (p. ej., tumores hematológicos y sólidos, recepción de quimioterapia, inmunodeficiencia congénita, terapia inmunosupresora a largo plazo o pacientes con infección por VIH que están gravemente inmunocomprometidos) Embarazo Antecedentes familiares de inmunocompetencia alterada, salvo que se verifique clínicamente o mediante pruebas de laboratorio que existe inmunocompetencia Solo para MMRV: Infección por VIH de cualquier gravedad y niños menores de 4 años 	<ul style="list-style-type: none"> Antecedentes de trombocitopenia o púrpura trombocitopénica Necesidad de realizar la prueba cutánea de tuberculina o el ensayo de liberación de interferón gamma (IGRA) Enfermedad aguda moderada o grave, con o sin fiebre Solo para MMRV: Antecedentes personales o familiares (es decir, hermanos o padres) de convulsiones de cualquier causa. Si usa MMRV, consulte Varicela/MMRV para conocer las precauciones adicionales Solo para MenACWY-CRM: Nacimiento prematuro si es menor de 9 meses Enfermedad aguda moderada o grave, con o sin fiebre
Antineumocócica ACWY (MenACWY) MenACWY-CRM [Menveo] MenACWY-TT [MenQuadfi]	<ul style="list-style-type: none"> Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de la vacuna³ Para MenACWY-CRM únicamente: reacción alérgica grave a cualquier toxoide difterico, o a una vacuna que contenga CRM 197 	<ul style="list-style-type: none"> Enfermedad aguda moderada o grave, con o sin fiebre
Antineumocócica B (MenB) MenB-4C [Bexsero] MenB-FHbp [Trumenb]	<ul style="list-style-type: none"> Para MenACWY-TT únicamente: reacción alérgica grave a una vacuna con toxoide tetánico Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de la vacuna³ 	<ul style="list-style-type: none"> Embarazo Para MenB-4C únicamente: Sensibilidad al látex Enfermedad aguda moderada o grave, con o sin fiebre
Antineumocócica ABCWY (MenACWY-TT/MenB-FHbp) [Penbraya]	<ul style="list-style-type: none"> Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de la vacuna³ Reacción alérgica grave a una vacuna con toxoide tetánico 	<ul style="list-style-type: none"> Enfermedad aguda moderada o grave, con o sin fiebre
Mpox [Jynneos]	<ul style="list-style-type: none"> Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de la vacuna³ 	<ul style="list-style-type: none"> Enfermedad aguda moderada o grave, con o sin fiebre
Conjugada antineumocócica (PCV)	<ul style="list-style-type: none"> Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de la vacuna³ Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) a cualquier vacuna que contenga difteria/toxoide o su componente³ 	<ul style="list-style-type: none"> Enfermedad aguda moderada o grave, con o sin fiebre
Vacuna antineumocócica polisacárida (PPSV23)	<ul style="list-style-type: none"> Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de la vacuna³ 	<ul style="list-style-type: none"> Enfermedad aguda moderada o grave, con o sin fiebre
Vacuna contra el poliovirus, inactivada (IPV)	<ul style="list-style-type: none"> Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de la vacuna³ 	<ul style="list-style-type: none"> Embarazo Enfermedad aguda moderada o grave, con o sin fiebre

Anticuerpo monoclonal contra el VSR (VSR-mAb)	<ul style="list-style-type: none"> Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de la vacuna³ Enfermedad aguda moderada o grave, con o sin fiebre
Vacuna contra el virus sincitial respiratorio (VSR)	<ul style="list-style-type: none"> Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de la vacuna³ Enfermedad aguda moderada o grave, con o sin fiebre
Rotavirus (RV) RV1 [Rotarix] ³ RV5 [RotaTeq]	<ul style="list-style-type: none"> Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de la vacuna³ Enfermedad alterada que no sea SCID Enfermedad gastrointestinal crónica Solo RV1: Espina bífida o extrofia vesical Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Tétanos, difteria y los ferina acellular (Tdap)	<ul style="list-style-type: none"> Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de la vacuna³ Síndrome de Guillain-Barré (SGB) dentro de las 6 semanas posteriores a una dosis previa de vacuna que contiene toxoide tetánico Solo para Tdap: Encefalopatía (p. ej., coma, disminución del nivel de conciencia, convulsiones prolongadas) no atribuible a otra causa identificable dentro de los 7 días posteriores a la administración de una dosis previa de DTP, DTaP, o Tdap Antecedentes de reacciones de hipersensibilidad tipo Arthus después de una dosis previa de vacuna que contiene toxoide difterico o toxoide tetánico; diferir la vacunación hasta que hayan transcurrido al menos 10 años desde la última vacuna que contiene toxoide tetánico. Solo para Tdap: Trastorno neurológico progresivo o inestable, convulsiones no controladas o encefalopatía progresiva hasta que se haya establecido un régimen de tratamiento y la afección se haya estabilizado Enfermedad aguda moderada o grave, con o sin fiebre
Varicela (VAR) Sarampión, paperas, rubéola y varicela (MMRV)	<ul style="list-style-type: none"> Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de la vacuna³ Recepción reciente (<11 meses) de un producto sanguíneo que contiene anticuerpos (el intervalo específico depende del producto) Immunodeficiencia grave (p. ej., tumores hematológicos y sólidos, recepción de quimioterapia, inmunodeficiencia congénita, terapia inmunosupresora a largo plazo o pacientes con infección por VIH que están gravemente inmunocomprometidos) Administración de antivirales específicos (aciclovir, famciclovir o valaciclovir) dentro de las 24 horas previas a la vacunación (evitar el uso de estos antivirales durante los 14 días posteriores a la vacunación) Embarazo Uso de aspirina o productos que contienen aspirina Antecedentes familiares de inmunocompetencia alterada, salvo que se verifique clínicamente o mediante pruebas de laboratorio que existe inmunocompetencia Enfermedad aguda moderada o grave, con o sin fiebre Si utiliza MMRV, consulte MMR/MMRV para conocer las precauciones adicionales Solo para MMRV: Infección por VIH de cualquier gravedad y niños menores de 4 años

Anexo

Calendario de vacunación recomendado para niños y adolescentes de 18 años de edad o menos, Estados Unidos, 2025

Además de las recomendaciones presentadas en las secciones anteriores de este calendario de vacunación, el ACIP ha aprobado las siguientes recomendaciones por mayoría de voto desde el 24 de octubre de 2024.

Vacunas	Recomendaciones	Fecha de entrada en vigencia de la recomendación*
Meningocócica (MenACWYCRM/MenB-4C, Penmenvy)	<p>La vacuna MenABCWY puede utilizarse cuando tanto MenACWY como MenB estén indicadas en la misma visita en:</p> <ol style="list-style-type: none"> Personas sanas de 16 a 23 años de edad (calendario de rutina) cuando la toma de decisiones clínicas compartidas favorece la administración de la vacuna MenB. Personas de ≥10 años de edad que tienen un mayor riesgo de enfermedad meningocócica (p. ej., debido a deficiencias persistentes del complemento, uso de inhibidores del complemento o asplenia funcional o anatómica). 	25 de junio de 2025
Influenza	El ACIP reafirma las recomendaciones para la vacunación anual rutinaria contra la influenza de todas las personas de ≥6 meses que no presenten contraindicaciones, para la temporada 2025-2026.	22 de julio de 2025
Influenza	El ACIP recomienda únicamente las formulaciones monodosis de las vacunas anuales contra la influenza que estén libres de timerosal como conservante para tres poblaciones: <ul style="list-style-type: none"> Niños de 18 años o menos Mujeres embarazadas Todos los adultos 	22 de julio de 2025
Anticuerpo monoclonal contra el VSR (Clesrovimab)	El ACIP recomienda que los lactantes menores de 8 meses, nacidos durante o que ingresan en su primera temporada de VSR y que no estén protegidos por vacunación materna, reciban una dosis de clesrovimab.	4 de agosto de 2025

Nota: Al 29 de mayo de 2025, el calendario incorpora la directiva del HHS con respecto a las recomendaciones de vacunas contra la COVID-19. (Se realizaron cambios en las tablas y notas de las vacunas contra la COVID-19 en mujeres embarazadas y niños/adolescentes de 6 meses a 17 años de edad que no están moderada o gravemente inmunocomprometidos).

* La fecha de entrada en vigencia es la fecha en que se adoptó la recomendación y se convirtió en oficial.

Definiciones legales

Afección médica de emergencia: inicio súbito de una afección médica que se manifiesta con síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido el dolor intenso), de modo que una persona prudente, con conocimientos promedio de salud y medicina, podría razonablemente esperar que la falta de atención médica inmediata resulte en:

- grave peligro para la salud del individuo (o, en el caso de una mujer embarazada, para la salud de la mujer o de su hijo por nacer);
- un grave daño a las funciones corporales; o
- disfunción grave de un órgano o parte del cuerpo.

Medicamento necesario: para ser médicamente necesario, un artículo o servicio médico debe cumplir con cada uno de los siguientes criterios:

- Debe ser recomendado por un médico con licencia que esté tratando al miembro u otro proveedor de atención médica con licencia que ejerza dentro del alcance de su licencia que esté tratando al miembro;
- debe ser necesario para diagnosticar o tratar la afección médica de un miembro;
- debe ser seguro y eficaz;
- no debe ser un servicio experimental ni en investigación; y
- debe ser la alternativa de diagnóstico o tratamiento de menor costo que resulte adecuada para la condición médica del miembro.

Cuando se aplica a la atención del paciente hospitalizado, significa además que la condición médica del miembro requiere que los servicios no puedan proporcionarse de manera segura en régimen ambulatorio.

Glosario

Apelación: cuando su plan de salud de CoverKids le informe que no califica para un servicio, recibirá una carta que le indicará el motivo. La carta que recibe se denomina "Aviso de determinación adversa de beneficios". Si cree que su plan de salud de CoverKids cometió un error y cree que *califica* para el servicio, puede presentar una apelación ante TennCare. En la carta se dirá cómo hacerlo. Una "apelación" es una solicitud para que TennCare le brinde una audiencia imparcial. En la audiencia imparcial, un juez decidirá si su plan de salud de CoverKids cometió un error.

Copagos: un cargo o tarifa que vence cuando se proporciona un servicio cubierto.

Equipos médicos duraderos (DME): equipo médico indicado por un médico para ayudar con una discapacidad, enfermedad o lesión. Por ejemplo, el equipo de oxígeno, las sillas de ruedas o las muletas son tipos de DME.

Afección médica de emergencia: aparición repentina de una enfermedad, lesión, síntoma o condición tan grave que una persona necesitaría atención médica de inmediato para evitar un daño serio.

Transporte médico de emergencia: servicios de ambulancia para una afección médica de emergencia.

Atención en la sala de emergencias: cuidado de emergencia que recibió en una sala de emergencias.

Cuidado de emergencia: evaluación de una afección médica de emergencia y tratamiento para impedir que la afección empeore.

Servicios excluidos: servicios que su plan de salud de CoverKids no paga ni cubre.

Reclamo: una queja que presenta a su plan de salud de CoverKids que no sea una determinación adversa de beneficios.

Servicios y dispositivos de habilitación: servicios o equipos que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar habilidades y funciones para la vida diaria. Estos servicios pueden incluir fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y otros servicios.

Seguro de salud: un contrato que exige que una aseguradora de salud pague por parte o la totalidad de su atención médica a cambio de que usted (o su empleador) pague una cantidad acordada cada mes o cada año. El monto que paga se denomina su “prima”; Medicare, TennCare, TRICARE y COBRA también se consideran “seguro de salud”.

Atención médica domiciliaria: servicios de atención médica que una persona recibe en su hogar de parte de enfermeros o asistentes de salud domiciliaria.

Cuidados de hospicio: servicios destinados a aliviar el dolor y brindar apoyo a las personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal.

Hospitalización: atención en un hospital que requiere que el paciente quede internado y, por lo general, requiere que permanezca durante la noche.

Atención hospitalaria para pacientes ambulatorios: atención en un hospital que, por lo general, no requiere que el paciente permanezca durante la noche.

Medicamento necesarios: servicios de atención médica necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, condición, dolencia o sus síntomas. Para ser médicamente necesarios, estos servicios deben cumplir con los requisitos de CoverKids.

Red: las instalaciones, proveedores y suministradores que su plan de salud de CoverKids ha contratado para brindar servicios de atención médica.

Proveedor no participante: un proveedor de atención médica que no está en la red de su plan de salud de CoverKids. También pueden llamarse proveedores fuera de la red.

Proveedor participante: un proveedor de atención médica que está en la red de su plan de salud de CoverKids. También pueden llamarse proveedores dentro de la red.

Servicios médicos: servicios de atención médica que son proporcionados o coordinados por un médico autorizado.

Plan: su administrador de beneficios de farmacia de CoverKids, su administrador de beneficios dentales o su organización de atención médica gestionada.

Preautorización: una decisión de su plan de salud de CoverKids que determina que un servicio o medicamento recetado es médicamente necesario para usted. Algunas veces se denomina autorización anterior, aprobación previa o precertificación. Su plan de salud de CoverKids puede requerir una preautorización antes de que usted pueda recibir ciertos servicios, suministros o medicamentos, excepto en caso de emergencia.

Prima: el monto que debe pagarse por el seguro médico.

Cobertura para medicamentos recetados: plan de salud que ayuda a pagar medicamentos y fármacos recetados.

Medicamentos recetados: fármacos y medicamentos que, por ley, requieren una receta.

Médico de atención primaria o proveedor de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor de salud a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Se asegura de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. También puede hablar con otros médicos y proveedores acerca de su atención, y luego remitirlo a ellos. Generalmente, usted debe consultar con su médico de atención primaria antes de consultar con otro proveedor.

Proveedor: un médico, hospital, organismo u otra persona que tenga una licencia o aprobación para brindar servicios de atención médica. Un proveedor también puede ser una clínica, farmacia o centro.

Servicios de rehabilitación: servicios de atención médica que ayudan a una persona a recuperarse de una enfermedad, accidente o una operación mayor. Estos servicios pueden incluir fisioterapia, terapia ocupacional, patología del habla y lenguaje, y servicios de rehabilitación psiquiátrica.

Atención de enfermería especializada: ciertos servicios especializados que solo pueden ser realizados por enfermeros autorizados en su hogar o en un hogar de cuidados.

Especialista: un médico que brinda servicios de atención médica en relación con una enfermedad específica o con una parte del cuerpo. Los miembros de CoverKids deben obtener una derivación de su médico de atención primaria para ver a un especialista.

Atención de urgencia: atención para una enfermedad, lesión o condición que no constituye una emergencia pero que requiere cuidado inmediato.

¿Necesita ayuda? Tenemos ayuda y servicios auxiliares gratuitos, como letra grande, para comunicarnos de forma efectiva con usted. Llámenos al 1-800-468-9698 (TRS: 711). Si habla un idioma que no es inglés, hay ayuda disponible en su idioma de forma gratuita. Contamos con servicios gratuitos de interpretación y traducción para ayudarlo.

Español: Español ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-468-9698 (TRS/TTY: 711: 1-866-503-0264).

Árabe: العربية ملاحظة: إذا تتكلم اللغة العربية، خدمات المساعدة اللغوية متوفرة لك مجاناً. اتصل برقم: (TRS/TTY: 711 1-866-503-0264) 1-800-468-9698

Chino: 繁體中文 注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-800-468-9698 (TRS/TTY: 711: 1-866-503-0264)

Vietnamita: Tiếng Việt CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-468-9698 (TRS/TTY: 711: 1-866-503-0264).

Coreano: 한국어 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-468-9698 (TRS/TTY: 711: 1-866-503-0264) 번으로 전화해 주십시오.

Francés: Français ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-468-9698 (ATS: 711: 1-866-503-0264).

Amárico: አማርኛ ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል፡ ወደ ሚስተለው ቁጥር ይደውሉ 1-800-468-9698 (TRS/TTY: 711: 1-866-503-0264).

Gujarati: ગુજરાતી સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-800-468-9698 (TRS/TTY: 711: 1-866-503-0264).

Laosiano: ພາສາລາວ ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-468-9698 (TRS/TTY: 711: 1-866-503-0264).

Alemán: Deutsch ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-468-9698 (TRS/TTY: 711: 1-866-503-0264).

Tagalo: Tagalog PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-468-9698 (TRS/TTY: 711: 1-866-503-0264).

Hindi: हिंदी ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-468-9698 (TRS/TTY: 711: 1-866-503-0264) पर कॉल करें।

Ruso: Русский ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-468-9698 (TRS/TTY: 711: 1-866-503-0264).

Japonés: 日本語「日本語を話す方は、通訳や翻訳などの言語支援サービスを無料で利用できます」電話 1-800-468-9698 (TRS/TTY: 711: 1-866-503-0264).

Persa: فارسی توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با (TRS/TTY: 711: 1-866-503-0264) 1-800-468-9698 تماس بگیرید.

El Sistema de Apoyo a Beneficiarios (BSS) ayuda a las personas que están inscritas en CHOICES, Employment and Community First (ECF) CHOICES y el programa Katie Beckett. También ayuda a las personas que desean inscribirse en estos programas. Para obtener ayuda, llame al 1-888-723-8193.

El programa TennCare no discrimina a las personas por motivos de raza, color, nacionalidad, incluido el dominio limitado del inglés y el idioma principal, la edad, la discapacidad, la religión o el sexo. Si necesita modificaciones razonables o cree que lo trataron de manera diferente, o lo discriminaron, puede presentar una queja (reclamo) ante la Oficina de Cumplimiento de Derechos Civiles de TennCare a HCFA.fairtreatment@tn.gov, <https://www.tn.gov/tenncare/members-applicants/civil-rights-compliance.html>, 310 Great Circle Road Floor 3W, Nashville, TN 37243, o llamar al TRS/TTY: 711: (615) 507-6474. ¿Necesita ayuda para presentar una queja? Llame a TennCare Connect al 1-855-259-0701.



¿Necesita ayuda con su atención médica, hablar con nosotros o leer lo que le enviamos? Si es así, llámenos gratis a:
BlueCare **1-800-468-9698**
TennCare *Select* **1-800-263-5479**
CoverKids **1-888-325-8386**
(TRS: **711** solicite **888-418-0008**)



BlueCareSM
TennCare *Select*
CoverKids

1 Cameron Hill Circle | Chattanooga, TN 37402 | bluecare.bcbst.com

BlueCare Tennessee es un licenciatario independiente de BlueCross BlueShield Association.

Renaissance es una compañía independiente que ofrece cobertura dental para CoverKids. Renaissance no ofrece productos ni servicios con la marca BlueCare Tennessee. La línea de enfermería Nurseline, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, ofrece asistencia y asesoramiento de salud suministrados por Infomedia Group Inc., que opera bajo el nombre de Carenet Healthcare Services, Inc., una compañía independiente que no ofrece productos ni servicios con la marca BlueCare Tennessee.