Medically Dependent Children Program
PRE-APPLICATION REGISTRATION

Completion and receipt of this form is required for a child's name to be placed on the Medically Dependent Children Program (MDCP) waiting list. **Upon receipt of this form by the MDCP Director, you will receive a confirmation letter.**

Programa Para Niños Medicamente Dependiente
INSCRIPTION ANTES DE LA SOLICITUD

Debe llenar y devolver esta forma para poner del nombre de un niño en la lsits de espera de Programa para Niños Medicamente Dependientes (MDCP). **Al recibir la forma, el gerente de MDCP le mandará una carta de confirmación.**

Child's Name/Nombre del Niño	In Foster Care?/¿Está en Hogar Substituto? ☐ Yes/Sí ☐ No	Date of Birth Fecha de Nacimiento	Sex/Sexo ☐ M ☐ F	Social Security No. Seguro Social Núm
Street Address/Calle	City/Ciudad	State/Estado	ZIP	County/Condado
Parent(s) or Responsible Party/Padres o Persona Responsible			Telephone No./Teléfono ( )	Alternate Telephone/Otro Teléfono ( )
Address (Street, City, ZIP)/Dirección (Calle, Ciudad, Estado, ZIP)				
Relative or Friend (if we are unable to reach you)/Pariente o Amigo (en caso que no nos podamos comunicar con usted)				Telephone No./Teléfono ( )
Child's Physician/Doctor del Niño				Telephone No./Teléfono ( )
Physician's Address (Street, City, State, ZIP)/Dirección del Doctor (Calle, Ciudad, Estado, ZIP)				

What is the child's medical diagnosis?
¿Cuáles problemas médicos tiene el niño? _____

_____

_____

_____

_____

Does the child receive SSI benefits? Yes
¿Recibe el niño beneficios de SSI? . . . . . ☐ Sí ☐ No

Is an SSI application pending or being appealed? Yes
¿Hay pendiente una solicitud de SSI o se está apelando la negación de una solicitud? . . . . . ☐ Sí ☐ No

Does the child receive Medicaid benfits? Yes
¿Recibe el niño beneficios de Medicaid? . . . . . ☐ Sí ☐ No

If "Yes", give Medicaid number:
Si marca "Sí," escribe el número de Medicaid . . . . . _____

Is the child now or has the child ever been admitted to a nursing facility? Yes
¿Está el niño/niña en una casa de convalecientes, ahora o en tiempos pasados? . . . . . ☐ Sí ☐ No

If yes, when was the child admitted?
Si está en una casa de convalecientes, ¿cuándo fue admitido? . . . . . _____

Give the actual or expected date of discharge to the home.
¿Que es la fecha actual o esperada cuándo regresara a casa el niño/niña? . . . . . _____

Does the child's care at home require a licensed nurse at this time? Yes
Al presente, ¿para poder cuidar al niño en casa se require el servicio de una enfermera licenciada? . . . . . ☐ Sí ☐ No

Is the child currently receiving nursing services at home? Yes
Al presente, ¿ recibe el niño en casa los servicios de una enferma? . . . . . ☐ Sí ☐ No

If yes, specify the source (e.g., Medicaid, insurance, etc.):
Si marca "Sí," escribe la fuente del pago (por ejemplo, Medicaid, seguro, etc.):_____

What specific tasks do you or your family perform? (Suctioning, gastrostomy feedings, administer medications, etc.):
¿Cuáles cuidados específicos da usted o su familia? (Succiones, alimentación mediante tubos, administración de medicinas, etc.):

TASK CUIDADO	**HOW FREQUENTLY MUST THESE TASKS BE PERFORMED?** ¿CON QUE FRECUENCIA HAY QUE DAR ESTE CUIDADO?	**TIME SPENT (Hours per week)** TIEMPO REQUERIDO (Horas por semana)

Are there services needed other than those provided by a licensed nurse so that you or your household members are able to adequately care for the child at home? Please describe:
¿Se necesitan otros servicios, además de los que da una enferma licenciada, para que usted o otro miembros de la casa puedan adecuadamente cuidar en casa al niño? Por favor, explique:

_____
_____
_____

Does the child have private health insurance? Yes
¿Tiene el niño seguro médico de compaña privada? . . . . . ☐ Sí ☐ No

If "Yes," do the insurance benefits include the services of a licensed nurse? Yes
Si marca "Sí," ¿cubre el seguro los servicios de una enfermera licenciada? . . . . . ☐ Sí ☐ No

If "Yes," are licensed nurse benefits limited/restricted in any way? **Yes**
Si marca "Sí," ¿hay alguna limitación restricción respecto a los servicios de una enferma licenciada? . . . . . ☐ Sí ☐ No

If "Yes," explain:
Si marca "Sí," explique:_____
_____
_____

Where does the child receive education training? At Home School
¿Donde recibe clases de entrenamiento el niño? . . . . . ☐ En Casa ☐ En una Escuela

If in school, give name of school and attendance schedule:
Si recibe clases en la escuela, escribe:

Name of School/Nombre de la Escuela	Days and Hours of Attendance/Días y Horas que Asiste:

Your Name (please print or type)/Su Nombre (en letra de molde)	Relationship to Child/Relación con el Niño	Telephone No./Teléfono ( )

MAIL TO:/MANDE ESTA FORMA AL:

X _____ _____
Signature/Firma Date/Fecha

Texas Department of Health
Director, Medically Dependent Children Program (MDCP)
1100 West 49th Street
Austin, Texas 78756-3179