Tennessee



Le damos la bienvenida a la comunidad

Tennessee CoverKids

Manual para miembros | 2026

United Healthcare Community Plan | CoverKids

CSTN26MD0372990_000

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Números telefónicos GRATUITOS para solicitar ayuda

Números de teléfono importantes de CoverKids

Servicio al Cliente de CoverKids Llame sobre su atención médica	**866-600-4985** Línea TTY/TDD: **711**
Línea de ayuda de enfermería	**866-600-4985**
Renaissance (Programa dental de CoverKids) Llame para obtener información sobre la atención dental (de los dientes) para niños menores de 19 años	**866-864-2526**
Servicios de farmacia de OptumRx (Programa de farmacia de CoverKids) Llame para obtener información sobre los servicios de farmacia de CoverKids	**844-568-2179**
Oficina del Inspector General (OIG) Llame para denunciar fraude o abuso por parte de los miembros de CoverKids	**800-433-3982**
Oficina de Integridad del Programa de TennCare Llame para denunciar fraude por parte de proveedores de CoverKids	**833-687-9611**
Salud poblacional	**866-600-4985**
TennCare Connect Llame por lo siguiente: • Cambio de domicilio, tamaño de la familia, empleo o ingresos • Cuando esté embarazada y cuando nazca su bebé • Cuando complete su renovación • Apelaciones para obtener o mantener CoverKids • Copagos de CoverKids • Solicitud para CoverKids • Programas como Food Stamps (vales de alimentos) o Families First (familias primero)	**855-259-0701**
Recursos comunitarios Llame para pedir ayuda para conectar con los bancos de alimentos, los servicios de vivienda y otras necesidades vitales.	**866-600-4985** **communitycompass.tn.gov/**

Nombres de los médicos	Números de teléfono

CoverKids y su plan de salud, UnitedHealthcare Community Plan

Manual para miembros 2026

¿Necesita un manual de CoverKids en español? Para conseguir un manual en español, llame a UnitedHealthcare Community Plan al **866-600-4985.**

Su derecho a la privacidad

Hay leyes que protegen su privacidad. Estas establecen que no podemos revelar a otras personas ciertos datos sobre usted. Lea más sobre sus derechos a la privacidad en la Parte 6 de este manual.

IMPORTANTE:

Incluso si no usa su CoverKids, el estado sigue pagando para que lo tenga. Si ya no necesita su CoverKids, llame gratis a TennCare Connect al

855-259-0701.

¿Necesita ayuda?

Ofrecemos ayuda y servicios auxiliares gratuitos, como letra grande, para comunicarnos con usted de manera efectiva. Llámenos al -------- (TRS: 711) Si habla un idioma que no es inglés, cuenta con ayuda gratuita disponible en su idioma. Contamos con servicios de interpretación y traducción para ayudarle.

Spanish: Español

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-8----- (TRS/TTY:866-503-0264).

Arabic: العربية

ملحوظة: اذا تتكلم اللغة العربية خدمات المساعدة اللغوية متوفرة لك مجانا. برقم اتصل 1-800-

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 1-8----

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 1-8-----

Korean: 한국어

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-8------- 번으로 전화해 주십시오.

French: Français

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-8------- .

Amharic: አማርኛ

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጀተዋል፡ ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-8--------- .

Gujarati: ગુજરાતી

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-8----- .

Laotian: ພາສາລາວ

ໂປດ ຊາບ: ຖ້າ ວ່າ ທ່ານ ເວົ້າ ພາ ສາ ລາວ, ການ ບໍ ລິ ການ ຊ່ວຍ ເຫຼືອ ດ້ານ ພາ ສາ, ໂດຍບໍ່ ເສັ ງ ຄ່າ, ແມ່ນມີ ພ້ອມໃຫ້ ທ່ານ. ໂທ ຣ 1-8---- .

German: Deutsch

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-8----- .

Tagalog: Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-8----- .

Hindi: हिंदी

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं।1-8------ पर कॉल करें।

Russian: Русский

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-8----- .

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 1-8---------- تماس بگیرید.

El Sistema de Apoyo a los Beneficiarios (BSS) ayuda a las personas inscritas en los programas CHOICES, Employment and Community First (ECF) CHOICES y 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 su raza, color, nacionalidad (incluido la capacidad limitada del inglés y el idioma principal), edad, discapacidad, religión o sexo. Si necesita modificaciones razonables o cree que le trataron de un modo diferente o le han discriminado, puede presentar una queja formal (queja) ante la Oficina de Cumplimiento de los Derechos Civiles de TennCare en 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 formal? Llame a TennCare Connect al 855-259-0701.

Aviso de no discriminación

Protecciones

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

Ayuda que puede obtener

Ayuda relacionada con la discapacidad

TennCare ofrece a las personas con discapacidad modificaciones razonables. Las modificaciones razonables son solicitudes razonables de cambios en una norma, política, práctica o servicio para ayudar a una persona con una necesidad relacionada con la discapacidad. TennCare ofrece ayuda y servicios auxiliares gratuitos para comunicarse con usted de manera efectiva. Las ayudas y servicios auxiliares son tipos de ayuda como los siguientes:

- Intérpretes de lenguaje de señas calificados
- Información escrita en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, lectura de cartas, braille y otros formatos.

Ayuda lingüística

TennCare ofrece ayuda lingüística gratuita a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:

- Intérpretes calificados
- Traducciones: información escrita en otros idiomas.

A quién contactar

TennCare Connect

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

Oficina de Cumplimiento de los Derechos Civiles de TennCare

- Modificaciones razonables
  Si necesita modificaciones razonables, comuníquese con la Oficina de Cumplimiento de los Derechos Civiles de TennCare (Office of Civil Rights Compliance, OCRC).
- Queja formal/queja

Si considera que TennCare no le ha proporcionado estos servicios o le ha discriminado de otro modo por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal o queja ante la Oficina de Cumplimiento de los Derechos Civiles de TennCare de las siguientes maneras:

- Por correo electrónico: HCFA.fairtreatment@tn.gov
- Por 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).

Llame a TennCare Connect gratis al 855-259-0701 si necesita ayuda para presentar una queja formal.

Más información

En el sitio web de Oficina de Cumplimiento de los Derechos Civiles puede encontrar formularios, políticas y más información sobre los derechos civiles y ayuda como para la alimentación u otras cosas: https://www.tn.gov/tenncare/members-applicants/civil-rights-compliance.html.

Puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos:

Por Internet: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf
Por correo postal:
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Por 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

Le damos la bienvenida a CoverKids y a su plan de salud, UnitedHealthcare Community Plan 1
Su plan de salud de CoverKids 3
Plan de salud de su farmacia 3
Plan de salud dental para niños 4
Parte 1: Cómo usar su plan de salud de CoverKids 6
Su tarjeta de miembro 7
Red de proveedores de CoverKids 8
Cómo obtener ayuda lingüística gratuita en sus visitas de atención médica 9
Visitas al médico 10
Cómo cambiar de proveedor de cuidado primario 12
Atención de la salud del comportamiento (servicios de salud mental o trastornos por consumo de sustancias) 12
Proveedores especialistas 14
Cuidado hospitalario 14
Parte 2: Servicios que paga CoverKids 20
Paquetes de beneficios 21
Atención con límites 23
Otros servicios de CoverKids 26
Atención preventiva: atención que le mantiene saludable 28
Embarazo 30
Atención preventiva para niños: atención de la salud para su hijo y adolescente 32
Los controles pueden incluir: 33
Atención dental para niños (de los dientes) 34
Atención de la vista para niños (para los ojos) 35
Servicios sin cobertura 36
Parte 3: Cómo funciona el programa CoverKids para usted 38
Qué paga por su atención médica: copagos 39

Parte 4: Ayuda para problemas con su CoverKids 48
Tipos de problemas y qué puede hacer 49
Parte 5: Apelaciones de CoverKids 58
Apelaciones del servicio médico 59
Apelaciones de elegibilidad: cómo obtener o mantener CoverKids y otros problemas de CoverKids 67
Parte 6: Sus derechos y responsabilidades como miembro de CoverKids 71
Tiene derecho a: 72
Tiene la responsabilidad de: 76
Aviso de prácticas de privacidad 77
Su responsabilidad de denunciar fraudes y abusos 86
Parte 7: Documentos de cuidado de la salud que puede necesitar 89
Parte 8: Más información 93
Calendario de vacunas de CoverKids 94
Definiciones jurídicas 111
Glosario 112

Le damos la bienvenida a CoverKids y a su plan de salud, UnitedHealthcare Community Plan

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

IMPORTANTE: No se permite tener otro seguro, ni siquiera Medicare, a nadie que tenga CoverKids.

Si tiene o contrata otro seguro de salud, llame a TennCare Connect al 855-259-0701 y solicite cancelar su cobertura con CoverKids.

¿Por qué es importante saber sobre su CoverKids?

Porque le ayuda a saber el tipo de beneficios para el cuidado de la salud que cubre CoverKids. También le ayuda a saber si debe pagar copagos por los beneficios de CoverKids. Más adelante en este manual le daremos más información sobre sus beneficios de CoverKids y los copagos.

TennCare/CoverKids le envió una carta para decirle que tiene CoverKids y el día en que comenzó su CoverKids. Si tiene preguntas o problemas sobre las fechas de CoverKids, puede llamar a TennCare Connect gratuitamente al **855-259-0701.**

IMPORTANTE: Las leyes estatales establecen que debe informar a CoverKids sobre cualquier cambio que pueda afectar a su cobertura. **Debe** informar estos cambios en el plazo de 10 días a partir del cambio y debe darle a CoverKids el comprobante que necesitan para realizar el cambio. Llame a TennCare Connect o realice cambios en el portal en línea inmediatamente si:

- Se muda.**
- Cambia de trabajo.
- El número de personas en su familia cambia.
- Sus ingresos cambian.
- Obtiene un seguro de salud grupal.

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

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

Su plan de salud de CoverKids

UnitedHealthcare Community Plan es su plan de salud de CoverKids que le ayuda a recibir **atención de salud física o del comportamiento (servicios de salud mental y trastornos por consumo de alcohol o sustancias).** Si tiene preguntas sobre obtener atención de salud física o del comportamiento, llámenos al **866-600-4985.** La llamada es gratuita.

¿Tiene preguntas sobre su salud? ¿Tiene que saber qué tipo de médico debería ver? Llame a nuestra línea de ayuda de enfermería al **866-600-4985.** La llamada es gratuita.

Plan de salud de su farmacia

Tiene cobertura de medicamentos con receta mediante Medicaid. El plan de farmacia de CoverKids se denomina **OptumRx.** Obtendrá una tarjeta de farmacia por separado. Si necesita que le surtan una receta, puede ir a la farmacia y utilizar su tarjeta de identificación de miembro de OptumRx.

Antes de ir, asegúrese de que la farmacia que usa acepta CoverKids. Para averiguarlo, vaya a la **herramienta "Find a network pharmacy"** (Buscar una farmacia de la red) en welcome.optumrx.com/tenncare. Ingrese la información solicitada para encontrar farmacias cerca de usted que acepten CoverKids. O puede llamar a los Servicios de farmacia de CoverKids para obtener asistencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana al **844-568-2179.**

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

Obtenga más información sobre la cobertura de sus recetas en la Parte 1 y la Parte 2.

Plan de salud dental para niños

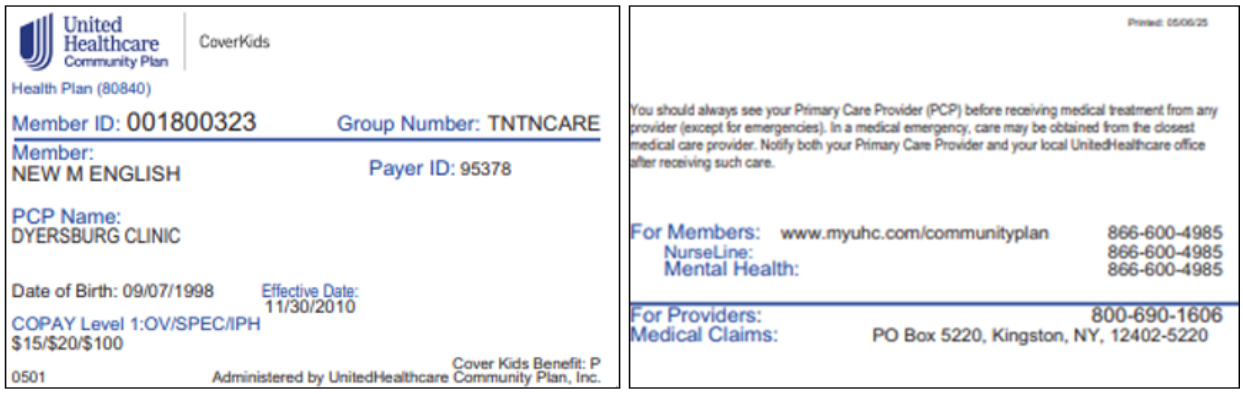
CoverKids solo cubre atención dental de rutina para niños menores de 19 años. El plan de salud dental de CoverKids es **Renaissance.** Pueden ayudarle si tiene preguntas sobre la atención dental. Para encontrar un dentista de Renaissance, vaya a tenncare.renaissancebenefits.com. A continuación, haga clic en **"Find a Dentist"** (Buscar un dentista). O puede llamar a Renaissance al **866-864-2526.**

NOTA: CoverKids **no** cubre ninguna atención dental de rutina, incluidas cirugías bucales, si tiene 19 años o más.

Parte 1: Cómo usar 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:



Aquí están algunas de las cosas que tiene su tarjeta:

- El **nombre del miembro** es el nombre de la persona que puede utilizar esta tarjeta.
- El **número de identificación** es el número que nos indica quién es usted.
- El **número del grupo** es el número que nos indica que usted es un miembro de CoverKids.
- Nuestras **redes de proveedores** son las opciones de médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de la salud con los que trabaja CoverKids.
- Los **copagos** son lo que paga por cada servicio de atención médica. No todo el mundo tiene 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 le cubre.

Lleve su tarjeta con usted en todo momento. Tendrá que mostrarla cuando vaya a ver 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 errónea en ella, llámenos al **866-600-4985** para que podamos darle una tarjeta nueva. La llamada es gratuita.

Si tiene preguntas acerca de CoverKids:



Escríbanos a:

Servicio al Cliente de CoverKids

UnitedHealthcare Community Plan
10 Cadillac Drive,
Suite 200
Brentwood, TN 37027



Llámenos al:

866-600-4985

Red de proveedores de CoverKids

Dentro de la red

Los médicos y otras personas y lugares que trabajan con CoverKids se denominan **red de proveedores.** Todos los proveedores de CoverKids se enumeran en nuestro **Directorio de proveedores.** Puede encontrar el Directorio de proveedores en línea en UHC Community Plan - Member Login. O llamarnos al **866-600-4985** para pedir una lista. A veces en la lista puede haber proveedores que se hayan inscrito o dado de baja después de la impresión. Pero el Directorio de proveedores en línea se actualiza cada semana. También puede llamarnos al **866-600-4985** para averiguar si un proveedor está en nuestra red.

A veces su proveedor no puede darle la atención o el tratamiento que necesita debido a sus creencias personales. Llámenos al **866-600-4985**. Podemos ayudarle a buscar un médico que pueda proporcionarle la atención o el tratamiento que necesita.

Para encontrar médicos que hablen otros idiomas, puede revisar el Directorio de proveedores de CoverKids en línea en UHC Community Plan - Inicio de sesión para miembros.

Debe ir a los médicos que trabajen con CoverKids para que CoverKids pague por su atención médica.

Fuera de la red

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

Pero a veces, como en emergencias o para ver especialistas, CoverKids pagará por un médico que está fuera de red. A menos que sea una emergencia, primero debe tener una **autorización**. Las secciones **Especialistas** y **Emergencias** le darán más información sobre cuándo puede consultar a alguien que está fuera de red.

Información importante



Importante: Si ya recibía atención o tratamiento cuando comenzó con CoverKids, es posible que pueda seguir recibiendo la atención sin una autorización o remisión. Llámenos al **866-600-4985** para saber cómo hacerlo.

Cómo obtener ayuda lingüística gratuita en sus visitas de atención médica

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

También puede consultar en nuestro Directorio de proveedores para encontrar médicos que hablen otros idiomas en **UHC Community Plan - Inicio de sesión para miembros.**

También puede recibir ayuda gratuita para comunicarse con su médico como un intérprete de lengua de señas, escribiendo notas o un tablón de historias. **Antes de su cita, llámenos o llame a su proveedor** para obtener esta ayuda.

Visitas al médico

Su proveedor de cuidado primario: la persona principal a la que asiste para su cuidado

Puede tener a una persona principal para su atención médica. Puede ser un médico, un profesional de enfermería o un asistente de médicos. Esta persona se llama su **proveedor de cuidado primario** o **PCP**.

El nombre de su PCP a veces figura en la parte delantera de su tarjeta. ¿Qué pasa si en su tarjeta no se enumera el nombre de su PCP? Llámenos al **866-600-4985** para obtener el nombre de su PCP o averigüe sobre otros PCP en nuestra red. ¿Qué pasa si quiere cambiar su PCP?

La siguiente página le dice cómo hacerlo.

La mayoría de los PCP tienen horarios de atención regulares. Pero puede llamar a su PCP en cualquier momento. Si llama después de los horarios de atención regulares, le indicarán cómo comunicarse con el médico. Si no puede hablar con alguien después de los horarios de atención, llámenos al **866-600-4985.**

Si su PCP es nuevo para usted, debería conocerlo. Llame para obtener una cita con su PCP tan pronto como pueda. Esto es aún más importante si recibió atención o tratamiento de un médico diferente. Queremos asegurarnos de que siga recibiendo la atención que necesita. Pero incluso si se siente BIEN, debe llamar para hacerse un control con su PCP.

Antes de asistir a su primera cita con su PCP:

1. Pida a su médico anterior que le envíe sus registros médicos a su PCP. Esto no tendrá costo alguno para usted. Estos registros son suyos. Ayudarán a su PCP a obtener información sobre su salud.
2. Llame a su PCP para programar su cita.
3. Tenga su tarjeta de CoverKids lista cuando llame.
4. Diga que es miembro de CoverKids y deles su número de identificación.
5. Anote la fecha y hora de su cita. Si es un paciente nuevo, el proveedor puede pedirle que venga temprano. Anote la hora a la que le piden que esté allí.
6. Haga una lista de las preguntas que desee hacerle a su PCP. Enumere cualquier problema de salud que tenga.

El día de su cita:

1. Lleve consigo todos sus medicamentos y una lista de preguntas para que su PCP sepa cómo ayudarlo.
2. Esté a tiempo para su visita. Si no puede asistir a su cita, llame a su PCP para obtener una cita nueva.
3. Lleve su tarjeta de identificación de CoverKids con usted. Su PCP puede hacer una copia de esta. Si tiene cualquier otro seguro, lleve también esa tarjeta de identificación.
4. Pague su copago si tiene uno. En la Parte 3 de este manual puede encontrar más información sobre los copagos.

Su PCP le proporcionará la **mayor** parte de su atención médica. Su PCP puede encontrar y tratar problemas de salud pronto. Tendrá sus registros médicos. Su PCP puede ver su panorama de atención médica completo. Su PCP hace un seguimiento de toda la atención que recibe.

Cómo cambiar de proveedor de cuidado primario

Hay muchas razones por las que puede necesitar cambiar su PCP. Puede que desee ver un PCP cuyo consultorio esté más cerca de usted. O su PCP puede dejar de trabajar con nosotros. Si no encuentra un PCP nuevo, le ayudaremos a encontrar uno para que pueda seguir recibiendo su atención.

Para cambiar su PCP:

1. Encuentre un PCP nuevo en la red de CoverKids. Para encontrar un PCP nuevo, busque en nuestro directorio de proveedores. O puede visitar el siguiente sitio en línea UHC Community Plan - Inicio de sesión para miembros o llamar al **866-600-4985.**
2. A continuación, llame al PCP nuevo para asegurarse de que está en la red de proveedores de CoverKids. **Asegúrese de preguntar** si acepta pacientes nuevos.

¿Necesita ayuda para encontrar un PCP nuevo? Llámenos al **866-600-4985.** Trabajaremos con usted para encontrar un PCP nuevo que esté tomando pacientes nuevos.

¿Su hijo adolescente está listo para acudir a un proveedor de cuidado de la salud para adultos?

Podemos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor y resolver algunas inquietudes sobre este cambio. Puede llamar a Salud Poblacional al **866-600-4985** para obtener asistencia.

Atención de la salud del comportamiento (servicios de salud mental o trastornos por consumo de sustancias)

No necesita ver a su PCP antes de obtener servicios de salud del comportamiento. Sin embargo, necesitará recibir su atención de alguien que esté en nuestra red. Si recibe atención en este momento, pregunte a su proveedor si trabaja con CoverKids.

Una Agencia comunitaria de salud mental (Community Mental Health Agency, CMHA) es un lugar al que puede asistir para servicios de salud mental o de trastornos por consumo de sustancias. La mayoría de las CMHA trabajan con CoverKids.

Antes de su primera visita:

1. **Pida** a su médico anterior que le envíe sus registros al proveedor nuevo. Esto no tendrá costo alguno para usted. Ayudará a su proveedor a conocer sus necesidades.
2. **Tenga su tarjeta de CoverKids lista** cuando llame para programar su cita con su proveedor nuevo.
3. Diga que es miembro de CoverKids y dé su **número de identificación.**
4. **Anote** la fecha y hora de su cita. Si es un paciente nuevo, el proveedor puede pedirle que venga temprano. Anote la hora a la que le piden que esté allí.
5. **Haga una lista** de preguntas que desee hacerle a su proveedor. Enumere cualquier problema que tenga.

El día de su cita:

1. **Lleve** todos sus medicamentos y la lista de preguntas con usted para que su proveedor sepa **cómo ayudarlo.**
2. **Llegue a tiempo** para su visita. Si no puede asistir a su cita, llame a su proveedor para obtener una cita nueva.
3. **Lleve** su **tarjeta de identificación** de CoverKids con usted. Su proveedor puede hacer una copia de esta.
4. **Pague** su copago si tiene uno. En la Parte 3 de este manual puede encontrar más información sobre los copagos.

Si necesita ayuda para encontrar servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias, llame al **866-600-4985.** O si tiene preguntas sobre salud mental y servicios de trastornos por consumo de sustancias, llame al **866-600-4985.** La llamada es 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 que se especializa en el corazón. Otro tipo de especialista es un oncólogo, que trata el cáncer. Hay muchos tipos de especialistas.

Su PCP puede enviarlo a un especialista para que lo atienda. Si el especialista no está en nuestra red de proveedores, su proveedor debe obtener nuestra autorización primero. Si tiene copagos, su copago es el mismo incluso si el especialista está fuera de red.

No tiene que ver a su PCP primero para ir a un médico de salud de la mujer. Un médico de salud de la mujer se denomina un obstetra y ginecólogo (OB/GYN).

El especialista en salud de la mujer si debe estar en nuestra red. En la parte 2 de este manual hay más información sobre la atención de la salud de la mujer.

Y recuerde, **no** tiene que ver a su PCP primero para ver a ningún especialista o a un proveedor de salud del comportamiento para obtener servicios de salud mental, alcoholismo o trastorno por abuso de sustancias.

Si necesita ayuda para encontrar a un médico especialista, llámenos al **866-600-4985.**

Cuidado hospitalario

Si necesita atención hospitalaria, su proveedor de la red o su proveedor de salud del comportamiento la establecerá para usted.

Debe tener la autorización 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 le envía.

Emergencias físicas en salud

Lleve siempre su tarjeta de CoverKids con usted. En caso de emergencia, los médicos sabrán que tiene CoverKids. Puede recibir atención médica de emergencia en cualquier momento que lo necesite.

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

Las emergencias pueden ser cosas como:

- Dificultad para respirar, no poder hablar
- Un corte grave, un hueso roto o una quemadura
- Sangrado que no se detiene
- Dolor fuerte en el pecho que no desaparece
- Fuerte dolor de estómago que no cesa
- Convulsiones que hacen que alguien se desmaye
- No puede mover las piernas o los brazos
- Una persona que no se despierta
- Sobredosis de drogas

Por lo general, estas no son emergencias:

- Dolor de garganta
- Resfrío o gripe
- Dolor lumbar
- Dolor de oído
- Dolor de estómago
- Pequeños cortes, no profundos
- Moretón
- Artritis
- Dolor de cabeza, a menos que sea muy intenso y como nunca haya tenido antes

Si cree que tiene una emergencia, vaya a la Sala de Emergencias (Emergency Room, ER) del hospital más cercano. En caso de emergencia, puede ir a un hospital que no esté en la red de proveedores. Si no puede llegar a la ER, llame al 911 o a su servicio local de ambulancias.

Si no sabe con certeza si se trata de una emergencia, llame a su PCP. Puede llamar a su PCP en cualquier momento. Su PCP puede ayudarle a recibir atención de emergencia si lo necesita.

Si necesita atención de emergencia, no necesita una autorización para poder recibir atención de emergencia.

Después de que la ER lo trate para la emergencia, también recibirá la atención que el médico dice que necesita para mantenerse estable. Esto se denomina atención posterior a la estabilización.

Después de recibir atención de emergencia, dígaselo a su PCP o especialista. Su PCP o especialista necesitan saber sobre la emergencia para ayudarle con la atención de seguimiento más adelante. Intente llamar a su PCP o especialista dentro de las 24 horas siguientes a recibir atención de emergencia.

Emergencias en salud mental

Puede recibir ayuda para una emergencia de salud mental o trastorno por consumo de sustancias en cualquier momento, incluso si está lejos del hogar. Y no tiene que recibir una autorización de nadie antes de recibir atención de emergencia.

Si tiene una emergencia por un trastorno de salud mental o de consumo de sustancias, llame o escriba al 988 o consulte con 988lifeline.org. También puede acudir inmediatamente al centro de atención de crisis de salud mental más cercano (https://www.tn.gov/behavioral-health/need-help/crisis-services/walk-in-centers.html) o a la sala de emergencias. ¿Qué pasa si no sabe dónde está su centro de atención de crisis de salud mental más cercano? Llame a los **Servicios de Crisis de Salud Mental** al: **988** inmediatamente. Estas llamadas y mensajes son gratuitos.

O bien, puede llamar a su proveedor. Su proveedor puede ayudarlo a obtener atención de emergencia si la necesita. CoverKids paga por emergencias de salud mental o por trastorno por consumo de sustancias incluso si el médico o el hospital no están en la red de proveedores.

Las emergencias son momentos en los que podría haber un peligro o daño grave para su salud **o** 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 ser cosas como:

- Planear hacerse daño
- Pensar en herir a otra persona

Por lo general, estas no son emergencias:

- Necesidad de una reposición de una receta
- Pedir ayuda para programar una cita

Si tiene este tipo de emergencia:

- Llame o envíe un mensaje de texto al 988 o chatee con 988lifeline.org
- Vaya al centro de atención de crisis de salud mental más cercano o a la sala de emergencias inmediatamente.
- O llame al 911. Estas llamadas son gratuitas.

Niños menores de 18 años

Si tiene menos de 18 años o su hijo es menor de 18 años y tiene una emergencia de salud del comportamiento (salud mental o trastorno por consumo de sustancias):

- Llame o envíe un mensaje de texto al 988 o chatee con 988lifeline.org
- Vaya a la ER más cercana
- O llame al 911.

Para comunicarse directamente con una agencia:

- **Youth Villages**
  (866) 791-9221 (Norte de la región central de Tennessee)
  (866) 791-9222 (Sur de la región central de Tennessee)
  (866) 791-9227 (Región rural del oeste de Tennessee)
  (866) 791-9226 (Región de Memphis)
  (866) 791-9224 (Región del este)
  (866) 791-9225 (Región del sureste)

- **Mental Health Cooperative**
  (615) 726-0125 (condado de Davidson)

- **Frontier Health**
  (877) 928-9062 (Este Alto 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 va a la ER, alguien de una de estas agencias en su área puede venir a evaluar la necesidad de atención de su hijo.

Si tiene problemas para comunicarse con alguien con el número indicado para su zona, llame al **866-600-4985.** Le ayudaremos. También puede llamar al 911. Estas llamadas son gratuitas.

Lleve siempre su tarjeta de CoverKids con usted. En caso de emergencia, los médicos sabrán que tiene CoverKids.

Después de que la ER lo trate para la emergencia, también obtendrá la atención que el médico dice que necesita para mantenerse estable. Esto se denomina atención posterior a la estabilización.

Después de recibir atención de emergencia, dígaselo a su proveedor. Su proveedor necesita saber sobre la emergencia para ayudarlo con la atención de seguimiento más adelante. **Intente llamar a su proveedor dentro de las 24 horas siguientes a recibir la atención de emergencia.**

Atención de emergencia lejos del hogar

La atención de emergencia lejos del hogar funciona igual que si estuviera en su hogar. **En caso de emergencia,** puede asistir a un hospital fuera de red. Vaya a la sala de emergencias más cercana, o llame al 911. Si tiene una emergencia de salud mental, de consumo de alcohol o drogas, puede llamar o enviar un mensaje de texto al 988 o chatear con 988lifeline.org. Todavía debe llamar a su proveedor y a CoverKids dentro de las 24 horas siguientes a haber recibido la atención de emergencia lejos del hogar.

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

Cuando llegue a su hogar, llame al **866-600-4985** y díganos que tuvo que pagar por su atención médica o que tiene una factura por ella. Trabajaremos con usted y con el proveedor para reclamar su atención.

IMPORTANTE: CoverKids solo pagará por emergencias lejos del hogar que estén dentro de los Estados Unidos. No podemos pagar por la atención que reciba fuera del país.

Parte 2: Servicios que paga CoverKids

Paquetes de beneficios

Puede encontrar una lista de los servicios de CoverKids en las páginas siguientes. Algunos de los servicios tienen límites. Esto significa que CoverKids pagará solo una cierta cantidad de esa atención. Los servicios que se enumeran **como médicamente necesarios** son aquellos que puede obtener si su médico, su plan de salud y CoverKids están de acuerdo en que los necesita.

Si tiene preguntas sobre cuáles son sus servicios de salud física o del comportamiento, llámenos al **866-600-4985.**

Beneficios de CoverKids

Todos los servicios cubiertos por CoverKids deben ser médicamente necesarios, tal como se define en las normas de CoverKids. La definición de médicamente necesario se encuentra en la Parte 8 de este manual. Para obtener más información sobre los servicios cubiertos, consulte “Atención con límites” a partir de la página 16.

Beneficios de CoverKids

Servicios de CoverKids	Cubierto/no cubierto
Servicios quiroprácticos	Cobertura con límites. Sin cobertura para mujeres embarazadas de 19 años o más
Servicios clínicos y otros servicios ambulatorios de atención de la salud	con cobertura
Servicios dentales	Cobertura con límites. Sin cobertura para mujeres embarazadas de 19 años o más
Suministros médicos desechables	con cobertura
Equipo médico duradero (DME)	Cobertura con límites.
Ambulancia aérea y terrestre de emergencia	con cobertura

Atención de emergencia	con cobertura
Servicios de salud en el hogar	Cobertura con límites.
Cuidados para enfermos terminales (debe ser proporcionado por un centro de cuidados para enfermos terminales certificado por Medicare)	con cobertura
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados, incluidos los servicios hospitalarios de rehabilitación	con cobertura
Servicios residenciales y para pacientes hospitalizados de salud mental y de tratamiento de trastornos por abuso de sustancias	con cobertura
Servicios de análisis de laboratorio y radiografías	con cobertura
Servicios de terapia ocupacional	Cobertura con límites.
Servicios de salud mental y abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	con cobertura
Servicios para pacientes ambulatorios	con cobertura
Servicios de fisioterapia	Cobertura con límites.
Servicios de médicos	con cobertura
Servicios y suministros familiares previos al embarazo y de atención prenatal	con cobertura
Medicamentos con receta	con cobertura
Evaluaciones de salud e inmunizaciones de rutina	con cobertura
Servicios en centros de enfermería especializada	Cobertura con límites.
Servicios de terapia del habla	Cobertura con límites.
Servicios quirúrgicos	con cobertura
Servicios de la vista	Cobertura con límites. Sin cobertura para mujeres embarazadas de 19 años o más

Atención con límites

Los beneficios están cubiertos si son médicamente necesarios. Pero algunos beneficios de CoverKids tienen límites. Estos tipos de atención tienen límites:

1. **Servicios quiroprácticos**
2. **Equipo Médico Duradero**
3. **Servicios de salud en el hogar**
4. **Terapia Ocupacional**
5. **Fisioterapia**
6. **Centro de enfermería especializada**
7. **Terapia del Habla**
8. **Servicios de la vista**

1. **Servicios quiroprácticos**
   Las visitas de rutina no están cubiertas si no se observan progresos o no se espera que los haya.

2. **Equipo Médico Duradero**

   El Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME) es cualquier equipo que proporciona beneficios terapéuticos debido a determinadas afecciones médicas o enfermedades. Algunos servicios con Equipos Médicos Duraderos requieren preautorización (una autorización).

   Hay un **límite** respecto al monto que CoverKids pagará por los Equipos Médicos Duraderos. Se llama Cargo máximo permitido, que es el costo para comprar el Equipo Médico Duradero. El límite depende del tipo de Equipo Médico Duradero que necesite. ¿Qué ocurre si alquila el mismo tipo de equipo a múltiples proveedores de Equipos Médicos Duraderos y **los gastos totales de alquiler superan** lo que le costaría comprar el equipo?

   Usted será responsable de la cantidad que supere lo que CoverKids pagará (el Cargo máximo permitido).

Los audífonos tienen un **límite** de 1 audífono por oído cada año calendario hasta los 5 años y, a partir de entonces, 1 audífono por oído cada 2 años.

3. **Servicios de salud en el hogar**

   Hay 2 tipos de atención médica a domicilio: atención de enfermería a domicilio y atención de auxiliares de salud en el hogar. Los servicios pueden ser de tiempo parcial o intermitentes durante un determinado período. Sólo los servicios de salud en el hogar de enfermería tienen límites. Estos servicios están limitados a un máximo de 125 visitas por año calendario para atención proporcionada o supervisada por un enfermero registrado.

4. **Terapia Ocupacional**

   La terapia ocupacional incluye tratamientos médicamente necesarios y adecuados que ayudan a las personas con problemas físicos o de salud del comportamiento a aprender a realizar las actividades de la vida diaria como resultado de una enfermedad o lesión. Los servicios están limitados a 52 visitas por año calendario.

5. **Fisioterapia**

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

6. **Centro de enfermería especializada**

   El centro de enfermería especializada incluye la atención para pacientes hospitalizados médicamente necesaria y adecuada que se proporciona a los miembros que requieren atención médica, de rehabilitación o del personal de enfermería en un entorno de restauración. Los servicios están limitados a 100 días por año calendario posterior a la aprobación de la hospitalización.

7. **Terapia del Habla**

   La terapia del habla por un terapeuta del habla autorizado está cubierta para la recuperación del habla después de una pérdida o deterioro y para iniciar el habla debido a retrasos en el desarrollo (siempre que haya progreso continuo). La

pérdida o el deterioro no deben estar causados por un trastorno mental, psiconeurótico o de la personalidad. Los servicios están limitados a 52 visitas por año calendario.

8. **Servicios de la vista**

   Para los niños menores de 19 años, los servicios de la vista se limitan a un examen de la vista (incluido el examen de refracción y el examen de glaucoma) por año calendario, un juego de anteojos (incluidos bifocales, trifocales, etc.) por año calendario y un juego de marcos para anteojos cada 2 años calendario.

   En el caso de las mujeres embarazadas de 19 años o más, los servicios de la vista se limitan a la evaluación médica y el tratamiento de afecciones y trastornos oculares anormales.

   ¿Ha utilizado todos sus beneficios? Podemos ofrecerle sugerencias y opciones para la continuación de la atención. Puede llamar a Salud Poblacional al **866-600-4985** para obtener asistencia.

Servicios de reemplazo

UnitedHealthcare Community Plan ofrece ciertos servicios que son sustituciones médicamente apropiadas y rentables para servicios cubiertos por CoverKids. Estos se denominan “servicios de reemplazo”. UnitedHealthcare Community Plan ofrece los siguientes servicios de reemplazo:

- Tensiómetros para mujeres embarazadas o en etapa de posparto.

Al igual que otros servicios, los servicios de reemplazo están cubiertos cuando son médicamente apropiados para usted según su estado de salud. Para obtener más información sobre los servicios de reemplazo, puede llamar a UnitedHealthcare Community Plan.

Otros servicios de CoverKids

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

1. **Salud poblacional**
2. **Cuidados para enfermos terminales**
3. **Esterilización**
4. **Aborto**
5. **Histerectomía**

Más adelante puede encontrar más información sobre estos servicios.

2. 1. Salud Poblacional

Los servicios de Salud Poblacional le proporcionan información sobre cómo mantenerse saludable. Si tiene una enfermedad en curso o necesidades de salud insatisfechas, los servicios de Salud Poblacional pueden ayudarle con cosas como:

- Comprender su enfermedad y cómo sentirse mejor
- Ayudarles a usted o a su hijo a encontrar un médico de atención primaria y a asistir a sus citas
- Desarrollar un plan de cuidados basado en la recomendación de su médico o del médico de su hijo para las necesidades médicas y de salud del comportamiento.
- Colaborar con usted o su hijo para coordinar la atención con todos sus proveedores de atención de la salud
- Tener un embarazo y un parto sanos
- Ayudarle a obtener los medicamentos recetados
- Ayudarle a recibir atención en la comunidad para evitar que usted o su hijo necesiten hospitalizaciones
- Identificar organizaciones comunitarias que puedan proporcionar apoyo y recursos no médicos para mejorar la salud y el bienestar de usted o de su hijo
- Ayudarle con los cambios en el estilo de vida que desee hacer como dejar de fumar o controlar su peso
- Explicarle información de salud importante a usted o a sus médicos

Los servicios de Salud Poblacional se prestan tanto si usted está bien, tiene un problema de salud en curso, o sufre un episodio grave de salud. Los servicios de Salud Poblacional están a su disposición en función de sus riesgos para la salud y de la necesidad del servicio.

A través de Salud Poblacional, puede obtener los servicios de un gestor de cuidados. Un gestor de cuidados puede ayudarle a obtener toda la atención que necesita. Es posible que pueda tener un gestor de cuidados si:

- Va mucho a la ER, o si tiene que ir mucho al hospital.
- Necesita atención médica antes o después de un trasplante.
- Tiene muchos médicos diferentes para diferentes problemas de salud.
- Tiene una enfermedad en curso que no sabe cómo tratar.
- Necesita ayuda para encontrar recursos y desarrollar un plan de atención para ayudar a su hijo con discapacidades o necesidades de salud del comportamiento, incluidas las enfermedades mentales graves y persistentes (Severe and Persistent Mental Illness, SPMI).
- Necesita ayuda con los recursos de asistencia para las condiciones económicas y sociales.

Para ver si puede tener un gestor de cuidados, o si desea participar en los servicios de Salud poblacional, usted (o alguien en su nombre) puede llamar al **866-600-4985.**

2. Cuidados para enfermos terminales

Los cuidados para enfermos terminales son un tipo de atención médica para las personas que están en situación terminal. Debe utilizar un proveedor de cuidados para enfermos terminales de nuestra red. Para obtener ayuda con los cuidados para enfermos terminales, llame al **866-600-4985.**

3. Esterilización

La esterilización es el tratamiento médico o la cirugía que hace que no pueda tener hijos. Para someterse a este tratamiento, debe:

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

Llenar un formulario que dé su autorización. Esto se denomina Forma de Consentimiento de Esterilización. Puede llamarnos al **866-600-4985** para obtener este documento.

Debe completar el documento al menos 30 días antes de recibir el tratamiento. Pero en una emergencia como parto prematuro o cirugía abdominal, puede llenar el papel al menos 72 horas antes de recibir el tratamiento.

4. Aborto

El aborto solo puede estar cubierto en casos limitados, como si tiene una enfermedad física de la que podría morir sin un aborto.

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

5. Histerectomía

Una histerectomía es una cirugía médica que quita los órganos reproductores. Una histerectomía puede cubrirse cuando debe hacerse para solucionar otros problemas médicos. Después de una histerectomía, no podrá tener hijos. Pero CoverKids no pagará por este tratamiento si lo realiza solo para no tener hijos. CoverKids solo paga este tratamiento si es por una razón cubierta y médicamente necesaria.

Debemos decirle con palabras y por escrito que someterse a una histerectomía significa que no puede tener hijos. Debe firmar un documento denominado Formulario de aceptación de histerectomía.

Atención preventiva: atención que le mantiene saludable

CoverKids cubre la atención preventiva para niños y mujeres que esperan un bebé. La **atención preventiva** le ayuda a mantenerse saludable y detecta los problemas de salud temprano para que puedan tratarse.

NOTA: Usted no tendrá copagos por la atención preventiva.

Algunos servicios de atención preventiva son:

- Chequeos para niños
- Atención para mujeres embarazadas
- Atención para el bienestar del bebé
- Vacunas y pruebas
- Información sobre métodos anticonceptivos

Embarazo

Si está embarazada, visitar a un médico puede ayudarla a tener un bebé más sano. La atención antes de que nazca el bebé se llama **atención prenatal. No hay copagos** cuando está embarazada.

Puede obtener este tipo de atención con su PCP, o con un especialista llamado obstetra y ginecólogo. Este tipo de especialista se denomina a veces **médico OB/GYN.**

No tiene que ver a su PCP primero para ir a un médico obstetra y ginecólogo. Pero, el médico obstetra y ginecólogo debe estar en nuestro Directorio de proveedores para que CoverKids pague por los servicios.

Si ya está embarazada de más de **tres meses** y ya está consultando a un médico obstetra y ginecólogo cuando obtiene su CoverKids, puede seguir con ese médico para recibir su atención. Pero este debe aceptar el monto que paga CoverKids. Llámenos al **866-600-4985** para saber si puede seguir con este médico. Puede que le pidamos que cambie a un médico de OB/GYN que esté en nuestro Directorio de proveedores si es seguro hacer el cambio.

Vaya a **todas** sus visitas de OB/GYN, incluso si se siente bien. Su médico le indicará con qué frecuencia debe someterse a controles mientras está embarazada. Después de su primera visita, es posible que vea a su médico cada **4 semanas.** Luego, después de los 7 meses, es posible que vea a su médico cada **2 o 3 semanas.** Cuando se acerque la fecha de parto de su bebé, es posible que vea a su médico cada semana.

Si planea amamantar o extraer leche para su bebé, puede ver a un asesor en lactancia para que la ayude durante su embarazo y después.

Haga lo que su médico diga para cuidar de usted y de su bebé. Recuerde tomar las vitaminas que le indique su médico. **No fume ni beba alcohol mientras esté embarazada.**

Si su médico le receta un medicamento mientras está embarazada, **no** tiene que pagar un copago en la farmacia. Pero tiene que decirle al farmacéutico que está embarazada para que no le cobren un copago.

Después de que su bebé nazca

¡Usted y su bebé necesitan atención de seguimiento! La atención a la madre después del parto se denomina atención postparto. Asegúrese de programar citas de seguimiento con su médico para que este pueda asegurarse de que está bien después de dar a luz. Debe ver a su médico dos veces en los tres primeros meses después de tener a su bebé. Si tiene complicaciones o problemas, su médico puede querer controlarla más. 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 sin esperanzas.

Algunas mujeres pueden necesitar ver a su médico de cabecera (PCP), o a un especialista, en las semanas y meses después del parto para tratar cosas como azúcar en sangre alto o presión arterial alta.

Amamantar puede ser difícil. Usted y su bebé pueden ver a un especialista en lactancia para que la ayude. Llame a **UnitedHealthcare Community Plan** si necesita ayuda para encontrar a un especialista en lactancia cerca de usted.

Su bebé necesita un control con un médico (PCP) unas semanas después del nacimiento. TennCare cubrirá a su bebé cuando nazca. No olvide avisarnos que su bebé nació. El cuidado después del nacimiento de su bebé se denomina **atención posnatal.** La atención posnatal incluye las circuncisiones realizadas por un médico y los exámenes especiales para los recién nacidos.

Debe encontrar a un PCP para su bebé y lo mejor es elegir un PCP para su bebé **antes** de que nazca. El médico del bebé debe estar en nuestro Directorio de proveedores de TennCare para pagar por los servicios de salud.

Llame al médico antes de tiempo para pedir la cita para el control de su bebé.

Los niños menores de 2 años pueden obtener hasta 100 pañales al mes en ciertas farmacias. En el sitio web de TennCare figura una lista de las farmacias participantes.

Para asegurarse de que su bebé reciba CoverKids puede hacer lo siguiente

- Después de que nazca su bebé, el hospital le entregará documentos para obtener un número de seguridad social para su bebé. **Rellene esos documentos y envíelos por correo a la Oficina de la Seguridad Social.**

Informe a CoverKids sobre su bebé lo antes posible. Llame a TennCare Connect al **855-259-0701.** Dígales que completó los documentos para el número de Seguridad Social del bebé.

- Cuando reciba la tarjeta de Seguridad Social de su bebé en el correo, asegúrese de informarnos. Si su bebé tiene TennCare o CoverKids, llame al **855-259-0701.** Deles el número de seguridad social de su bebé.

Es importante hacer estas cosas tan pronto como nazca su bebé.

Atención preventiva para niños: atención de la salud para su hijo y adolescente

¡Comuníquese, hágase un control y vuelva a hacerse un control!

El programa CoverKids se esfuerza por mantener a los niños sanos. Su hijo y adolescente **necesitan** revisiones médicas regulares, incluso si **parecen** sanos. Estas visitas ayudan a su médico a **encontrar y tratar los problemas temprano.**

En CoverKids, los controles para niños son gratuitos.

CoverKids también paga la atención y los medicamentos médicamente necesarios para tratar los problemas encontrados en la revisión. Esto incluye problemas médicos, dentales, del habla, la audición, la visión y el comportamiento (problemas de salud mental o trastornos por consumo de sustancias).

Si su hijo no se hizo un control en el último tiempo, llame al PCP de su hijo hoy para programar una cita. Solicite una revisión médica regular. Puede asistir al PCP de su hijo o al Departamento de Salud para hacer los controles.

Y, si alguien más, como el profesor de su hijo, está preocupado por la salud de su hijo, puede hacerle una revisión a su hijo.

Los controles pueden incluir:

- Historia clínica.
- Examen físico completo
- Pruebas de laboratorio (según sea necesario)
- Inmunizaciones (vacunas)
- Pruebas de la vista/audición
- Pruebas de desarrollo/comportamiento (según sea necesario)
- Consejos sobre cómo mantener sano a su hijo

Si el PCP (pediatra) de su hijo encuentra algún problema, CoverKids también le da el tratamiento médico, dental, del habla, la audición, la visión y el comportamiento (salud mental o trastorno por consumo de sustancias) que necesita.

Los niños deben acudir al médico para controles, aunque no estén enfermos. Deben realizarse controles en la siguientes edades:

- Al nacer
- Entre 3 y 5 días de vida
- 1 mes
- 2 meses
- 4 meses
- 6 meses
- 9 meses
- 12 meses
- 15 meses
- 18 meses
- 24 meses
- 30 meses
- Y luego cada año hasta los 21 años

Vea a continuación las vacunas que los niños necesitan para no enfermarse

- Difteria
- Tétanos
- Tos ferina
- Polio
- Sarampión
- Paperas
- Rubéola (MMR)
- Haemophilus influenzae de tipo b (HIB)
- Gripe (influenza)
- Hepatitis A y B
- Varicela
- Neumocócica
- Rotavirus
- Virus del papiloma humano (VPH)
- Meningitis

Consulte el programa de vacunación que figura en la Parte 8 de este manual. Se conoce como Programa de vacunación de niños y adolescentes. Lo ayudará a saber cuándo su hijo debe recibir sus vacunas.

O bien, puede preguntar al PCP de su hijo cuándo debe recibir sus vacunas.

Atención dental para niños (de los dientes)

Si es un menor de 19 años, también tiene un plan dental para sus dientes llamado **Renaissance.** Pueden ayudarle si tiene preguntas sobre la atención dental. Para encontrar un dentista de Renaissance, vaya a tenncare.renaissancebenefits.com**.** A continuación, haga clic en **Buscar un dentista.** O puede llamar a Renaissance al **866-864-2526.**

Los dientes de los niños necesitan atención especial. Los niños deben someterse a un control y una limpieza cada seis meses. Los niños necesitan empezar a ver a un dentista cuando les sale el primer diente o, a más tardar, cuando cumplen un año.

CoverKids pagará otras atenciones dentales si son médicamente necesarias. Las ortodoncias **solo** se cubren si son médicamente necesarias.

No necesita ver a su PCP antes de ir a un dentista. Pero deberá ir a un dentista de Renaissance.

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

Atención de la vista para niños (para los ojos)

Los ojos de los niños también necesitan atención especial. A los niños menores de 19 años se les puede realizar un control de la vista y obtener lentes para anteojos y marcos si son médicamente necesarios. Su oftalmólogo de CoverKids le mostrará los marcos que puede elegir.

CoverKids pagará otras atenciones de la vista si son médicamente necesarias. Los lentes de contacto están cubiertos en lugar de los lentes para anteojos

Los niños **no** tienen que ver a su PCP antes de ver a su oftalmólogo de CoverKids. Pero el oftalmólogo debe estar en nuestro Directorio de proveedores.

Esta atención de la vista es para niños menores de 19 años. CoverKids no paga ninguna atención de la vista de rutina para mujeres embarazadas de 19 años o más.

Servicios sin cobertura

Aquí hay una lista de algunos servicios que CoverKids **no** cubre para nadie.
O puede llamarnos al **866-600-4985** para obtener una lista completa.

Algunos servicios sin cobertura son:

1. Servicios que no se consideran médicamente necesarios. Pero la atención preventiva (atención que necesita para mantenerse sano) está cubierta.
2. Servicios experimentales o de investigación.
3. Cirugía para su apariencia.
4. Cualquier tratamiento médico o de salud del comportamiento (salud mental o trastorno por consumo de sustancias) si se encuentra en una cárcel o prisión local, estatal o federal.
5. Servicios que obtuvo antes de tener CoverKids o después de que termine su CoverKids.
6. Artículos de higiene personal, lujo o comodidad.
7. Servicios de atención de custodia y niñeras.
8. Servicios principalmente para la atención de convalecientes o a tratamientos de reposo.
9. Atención de los pies por comodidad o estética, como pie plano, callos, callosidades, 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 proporcione alguien de su familia o cualquier persona que viva en su hogar.
13. Servicios de parteras fuera de un centro de atención de la salud autorizado.
14. Cargos que superan el cargo máximo permitido.
15. Servicios o suministros para cirugía ortognática.
16. Tratamiento y terapias con fines de mantenimiento.
17. Autotratamiento o capacitación.

18. Consultas telefónicas o por correo electrónico o cargos para completar un formulario de reclamo o proporcionar registros médicos. Los proveedores de la red no deben facturarle las citas a las que no vaya ni tampoco se cubren los cargos por citas a las que no vaya.
19. Cualquier cargo por gastos de gestión.
20. Medicamentos y suministros disponibles de venta libre que no requieren una receta por la ley federal o estatal.
21. Medicamentos para:
    - Crecimiento del cabello
    - Fines cosméticos
    - Tratamiento para la impotencia
    - Tratamiento para la infertilidad
22. Control del apetito
23. Medicamentos que la Administración de Drogas y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) declara que son:
    - Implementación del estudio de eficacia de medicamentos (Drug Efficacy Study Implementation, DESI): esto significa que la investigación indica que no son eficaces.
    - Menos eficaces (Less Than Effective, LTE): esto significa que la investigación indica que son menos efectivos. IRS: esto significa que los medicamentos son idénticos, se relacionan o son similares a los medicamentos menos eficaces.

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

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

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

Parte 3: Cómo funciona el programa CoverKids para usted

Qué paga por su atención médica: copagos

Sus copagos

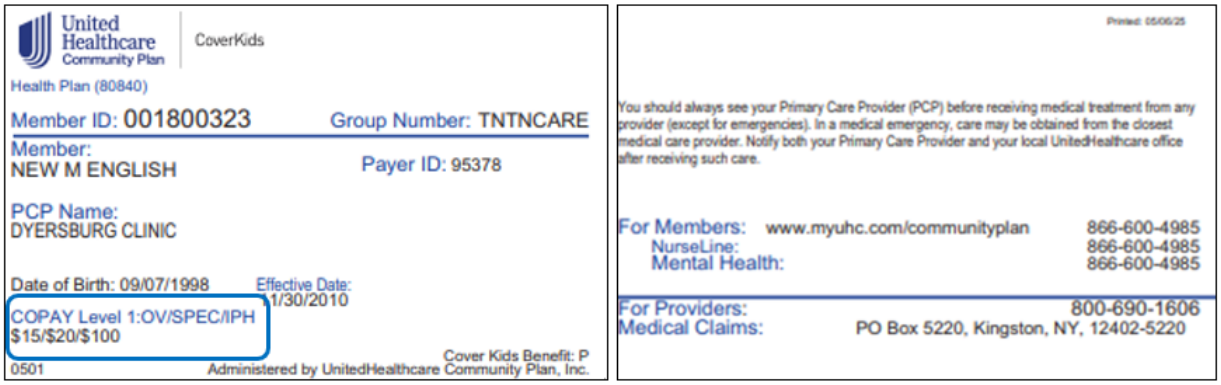
La atención preventiva es una atención que le ayuda a mantener un buen estado de salud a través de chequeos, vacunas, atención durante el embarazo y parto. Este tipo de atención es gratuita siempre. Usted no tiene copagos por la atención preventiva. En la Parte 2 figura más información sobre la atención preventiva.

Para otra atención, como internaciones o visitas de niños enfermos, **es probable** que tenga que pagar parte del costo. Los copagos son lo que paga por cada servicio de salud que reciba.

No todos los afiliados a CoverKids tienen copagos. Su tarjeta de CoverKids le indicará si tiene copagos y cuáles son. Los copagos dependen de:

- El tipo de CoverKids que tiene
- El ingreso mensual de su familia antes de impuestos
- Cuántas personas de su familia viven con usted.

Solo debería abonar su copago por la atención que reciba. No se le debe facturar el resto del costo de su atención. Si le facturan el resto del costo, puede presentar una apelación. Consulte la Parte 4 de este manual para saber qué hacer si recibe una factura por su atención.



Su tarjeta de CoverKids le indica si tiene copagos para médicos, especialistas, visitas al hospital y a la sala de emergencias.

Hay 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 dónde llamar si tiene preguntas.

Copagos de CoverKids

¿Paga copagos por un PCP, un especialista, una visita a la sala de emergencias e internaciones? ¿No lo sabe? Revise su tarjeta de CoverKids o llame al Servicio al Cliente de CoverKids al **866-600-4985.**

Tabla de copagos por servicios en el consultorio y para pacientes ambulatorios

Servicios	Nivel 1 del beneficio	Nivel 2 del beneficio	Nivel 3 del beneficio
Visita de atención primaria • Visita al consultorio con medicina familiar, medicina general, medicina interna, obstetra y ginecólogo, pediatría y clínicas sin cita previa. • Incluye personal de enfermería practicante, asistentes médicos y enfermeras parteras (solo en centros de atención de la salud autorizados) que trabajan bajo la supervisión de un proveedor de cuidado primario.	$15 de copago	$5 de copago	Sin copago

Servicios	Nivel 1 del beneficio	Nivel 2 del beneficio	Nivel 3 del beneficio
Visita al especialista y cirugía ambulatoria • Visita al consultorio con cualquier proveedor especializado • Cirugía ambulatoria incluidos los servicios de diagnóstico invasivo (por ejemplo, colonoscopia): **un solo copago por fecha de servicio**	$20 de copago	$5 de copago	Sin copago
Servicios de salud del comportamiento (salud mental, consumo de alcohol y drogas) • Visita al consultorio • Trastornos de salud mental y por consumo de sustancias en pacientes ambulatorios: **un solo copago por fecha del servicio.**	$15 de copago	$5 de copago	Sin copago
Quiropraxia • Solo con cobertura para menores de 19 años	$15 de copago	$5 de copago	Sin copago

Servicios	Nivel 1 del beneficio	Nivel 2 del beneficio	Nivel 3 del beneficio
Servicios de rehabilitación y terapia • Incluidas la terapia del habla, fisioterapia y terapia ocupacional • Limitado a 52 visitas por tipo de terapia, por año calendario	$15 de copago	$5 de copago	Sin copago

Copagos por beneficios de farmacia: administrados por OptumRx

Beneficios de farmacia	Nivel 1 del beneficio	Nivel 2 del beneficio	Nivel 3 del beneficio
Suministro para 30 y 90 días/medicamentos de farmacias especializadas	$5 por medicamentos genéricos $20 por medicamentos de marca preferidos $40 por medicamentos de marca no preferidos	$1 por medicamentos genéricos $3 por medicamentos de marca preferidos $5 por medicamentos de marca no preferidos	Sin copago

Copagos por atención que no sea de emergencia

Servicios de atención que no sea de emergencia	Nivel 1 del beneficio	Nivel 2 del beneficio	Nivel 3 del beneficio
Visita a la sala de emergencias considerada como que NO es una verdadera emergencia médica • Centro (médico y del comportamiento [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 estadías para pacientes hospitalizados

Servicios	Nivel 1 del beneficio	Nivel 2 del beneficio	Nivel 3 del beneficio
Centro para pacientes hospitalizados (médico y de salud del comportamiento [salud mental, consumo de alcohol y drogas]) • Se exime el copago si vuelve a ingresar en un plazo de 48 horas tras la visita inicial por el mismo episodio de enfermedad o lesión • Servicios de rehabilitación • Tratamiento de trastornos de salud mental y por consumo de sustancias	$100 de copago por admisión	$5 de copago por admisión	Sin copago

Servicios de la vista: estos servicios solo son elegibles para menores de 19 años. Cuando se solicitan al mismo tiempo tanto los marcos como los anteojos, se cobra un solo copago.

Copagos por servicios de la vista

Servicios de la vista	Nivel 1 del beneficio	Nivel 2 del beneficio	Nivel 3 del beneficio
Lentes para anteojos recetados • Incluidos bifocales o trifocales • Limitado a uno por año del plan	$15 de copago Beneficio máximo de $85	$5 de copago Beneficio máximo de $85	Sin copago
Lentes de contacto recetados en lugar de lentes para anteojos • Limitado a uno por año del plan	$15 de copago Beneficio máximo de $150	$5 de copago Beneficio máximo de $150	Sin copago
Marcos • Limitado a una vez cada 2 años del plan	$15 de copago Beneficio máximo de $100	$5 de copago Beneficio máximo de $100	Sin copago

Los siguientes servicios NO requieren un copago:

- **Atención preventiva**
  - Evaluaciones de salud de rutina
  - Inmunizaciones
  - Evaluación de la audición y de la vista anual

- **Análisis de laboratorio y radiografías**
- **Atención de emergencia:** visita a la sala de emergencias considerada como una emergencia
- **Servicios para mujeres embarazadas**
- **Ambulancia terrestre y aérea**
- **Servicios de salud en el hogar:** atención de enfermería en el hogar con límite de 125 visitas por año calendario
- Centro de cuidados para enfermos terminales: copago exento para todos los servicios si el miembro está bajo cuidados para enfermos terminales
- **Servicios de la vista:** estos servicios solo son elegibles para menores de 19 años.
- **Examen anual de la vista:** incluido el examen de refracción y el examen de glaucoma anual. Pero debe acudir a un proveedor dentro de la red.

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

El límite de gastos de su bolsillo de su familia cada año calendario se basa en los ingresos que usted informa a CoverKids. Este límite es el **máximo** que pagará en copagos cada año calendario. El monto máximo que pagará en copagos cada año es el 5% de sus ingresos familiares. ¿Necesita conocer su límite anual de gastos de bolsillo? Llame al Servicio al Cliente de CoverKids al **866-600-4985.**

Si sus ingresos cambian o el tamaño de su familia cambia, es probable que sus copagos también cambien. 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 alguna pregunta sobre los copagos? También podemos responder a esas preguntas. Llame de forma gratuita al Servicio al Cliente de CoverKids al **866-600-4985**.

Parte 4: Ayuda para problemas con su CoverKids

Tipos de problemas y qué puede hacer

Puede tener diferentes tipos de problemas con el cuidado de su salud.

Puede resolver algunos problemas simplemente con una llamada telefónica. Si tiene quejas o problemas con la atención de su salud, llame al **866-600-4985** para solicitar ayuda.

Algunos problemas pueden demorar más tiempo en solucionarse. Aquí hay algunos ejemplos de diferentes tipos de problemas y formas de resolverlos.

¿Necesita una nueva tarjeta de CoverKids?

Si pierde o le roban la tarjeta, o si la información de su tarjeta es incorrecta, puede obtener una nueva. Para obtener una nueva tarjeta de CoverKids, llame al **866-600-4985**.

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

¿Necesita encontrar un médico o cambiar de médico?

Puede ver cómo encontrar un nuevo médico en la parte 1 de este manual.

¿Está cambiando porque no está conforme con el médico que tiene? Infórmenos. Llámenos al **866-600-4985**.

¿Necesita presentar una queja sobre su atención?

Si no está conforme con la atención que está recibiendo, llámenos al **866-600-4985**. Avísenos que hay que presentar una queja.

Nadie puede hacerle daño si presenta una queja. Queremos ayudarle a tener una buena atención.

¿Necesita cambiar su plan de salud?

Si quiere cambiar de plan de salud porque tiene problemas para recibir cuidado de la salud, avísenos. Llámenos al **866-600-4985**. Lo ayudaremos a solucionar el problema. **No tiene** que cambiar de plan de salud para recibir la atención que necesita.

- ¿Quiere cambiar de plan de salud para que pueda ver a un médico que trabaje con ese plan?
- **Recuerde lo siguiente:** Debe asegurarse de que todos sus médicos trabajan con su nuevo plan de salud. Solo podrá ver médicos que trabajen con su plan nuevo.
- **¿Qué pasa si tiene una aprobación de su plan de salud para una atención que no ha recibido?** Si cambia de plan y sigue necesitando la atención, tendrá que obtener una nueva autorización de su nuevo plan.

Compruebe estas cosas antes de decidir cambiar de plan de salud:

- ¿El médico que necesita trabaja con el plan de salud al que se quiere cambiar?
- ¿El plan de salud al que se quiere cambiar acepta nuevos miembros de CoverKids?

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

1. Cuando adquiere CoverKids por primera vez, tiene 90 días para cambiar su plan de salud. Cuando adquiere CoverKids, TennCare le envía una carta. En esa carta se le indica cómo cambiar su plan de salud en los primeros 90 días.
2. Una vez al año durante su “mes de inscripción abierta”. El momento en el que puede cambiar depende de dónde viva.

Busque su condado a continuación:

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

  De ser así, **solo** podrá cambiar su plan de salud durante el mes de **marzo.** Su nueva asignación del plan de salud comenzaría el 1.º de mayo. Hasta entonces, seguiríamos brindándole la atención.

- **¿Vive en uno de estos condados de Middle TN?** 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

  De ser así, **solo** podrá cambiar su plan de salud durante el mes de **mayo.** Su nueva asignación del plan de salud comenzaría el 1.º de julio. Hasta entonces, seguiríamos brindándole la atención.

- **¿Vives en uno de estos condados de East TN?** 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

  De ser así, **solo** podrá cambiar su plan de salud durante el mes de **julio.** Su nueva asignación del plan de salud comenzaría el 1.º de septiembre. Hasta entonces, seguiríamos brindándole la atención.

IMPORTANTE: Tiene hasta el **último día** de su mes de inscripción abierta para pedir que cambien su plan de salud.

Otras razones por las que puede pedir que cambien su plan de salud son las siguientes:

- Tiene familiares en el plan de salud al que se quiere cambiar
- CoverKids cometió un error al ofrecerle un plan de salud que no opera en la zona donde vive
- Se mudó y su plan de salud no opera en la zona donde vive ahora

Es posible que pueda cambiar su plan de salud si está pasando por alguna dificultad. Pero para cumplir los requisitos para una excepción por dificultades, deben cumplirse todas las situaciones siguientes:

1. Tiene una afección médica que requiere cuidados difíciles, extensos y continuos, y
2. Su especialista** ya no trabaja con su plan de salud, y
3. Su plan de salud no cuenta con un especialista que pueda brindarle la atención que necesita, y
4. Su plan de salud no puede trabajar con su especialista para brindarle la atención que necesita, y
5. Su especialista trabaja con el plan de salud al que desea cambiarse, y

---

** 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 trata los problemas cardíacos.

Otro es un oncólogo, que es un médico que brinda tratamiento contra el cáncer. Hay muchos tipos diferentes de especialistas.

6. El plan de salud al que usted quiere cambiarse está aceptando nuevos miembros de CoverKids.

Para pedirle a CoverKids que cambie su plan de salud, debe indicarle:

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

Llame a CoverKids Member Medical Appeals al **800-878-3192.** Indíqueles que quiere cambiar su plan de salud.

O puede escribirles en papel. Si escribe a CoverKids Member Medical Appeals, asegúrese de decirles:

- Su nombre (nombre de pila, inicial del segundo y apellido)
- Su número de Seguridad Social
- El nombre del plan de salud mencionado anteriormente al que desea cambiarse
- El nombre y el número de seguridad social de cualquier otra persona de su familia que también necesite cambiarse a este plan de salud
- Su número de teléfono al que podamos comunicarnos durante el día y el mejor momento para llamar

Dónde enviar las apelaciones médicas



Por correo a:

CoverKids Member Medical Appeals

P.O. Box 000593

Nashville, TN 37202-00593



Por fax al:

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 un medicamento?

¿Qué pasa si necesita encontrar a un médico o su médico no le receta el medicamento que necesita? Llámenos al **866-600-4985.**

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

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

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

¿Qué pasa si su médico le pide una aprobación y OptumRx dice que no?

Puede pedir a su médico que le recete un medicamento diferente que no necesita una aprobación. O si piensa que OptumRx cometió un error, puede presentar una apelación. Tiene 60 días después de que OptumRx diga que no para presentar una apelación. Para más información sobre cómo presentar una apelación, consulte la Parte 5 de este manual.

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

Antes de que finalice su CoverKids, recibirá una carta por correo. La carta le indicará por qué finaliza su CoverKids. También se le dirá cómo presentar una apelación. Pero, si se muda y no le informa a CoverKids, es posible que no reciba la carta. Es posible que no se entere que su CoverKids finalizó hasta que vaya a la farmacia.

¿Cree que CoverKids cometió un error? Llame a **TennCare Connect** al **855-259-0701.** Ellos pueden decirle si tiene CoverKids o si terminó. Si piensa que CoverKids cometió un error, pueden decirle si todavía tiene tiempo para presentar una apelación.

¿Necesita ayuda para obtener sus servicios para el cuidado de la salud?

En la Parte 2 de este manual se informa sobre los servicios para el cuidado de la salud por los que paga CoverKids.

Por problemas relacionados con el cuidado de la salud física o del comportamiento (salud mental, trastorno por consumo de alcohol o drogas), llámenos siempre primero al **866-600-4985**.

Si todavía no puede recibir el cuidado que necesita, puede llamar a **CoverKids Member Medical Appeals** al **800-878-3192.** Llame de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m., hora central.

¿Necesita una aprobación antes de que CoverKids pague por su cuidado de la salud?

Se denomina “preautorización” (Prior Authorization, PA). Si su cuidado necesita una aprobación, llame a su médico. Su médico tiene que pedirnos la aprobación.

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

Llame a su médico o a su proveedor de salud del comportamiento (salud mental o trastorno por abuso de sustancias o drogas) y dígale que hemos dicho que no.

Si usted o su médico piensan que cometimos un error, puede presentar una apelación. Tiene 60 días después de que su plan de salud diga que **no** para presentar una apelación. Para obtener información sobre las apelaciones del servicio médico, consulte la Parte 5 de este manual.

¿Está recibiendo facturas? ¿Tuvo que pagar?

A veces puede recibir una factura si el médico no sabe que tiene CoverKids. Cada vez que recibe atención, **debe**:

- Informarle al médico u otro lugar en el que recibió cuidado que tiene CoverKids.
- Mostrarles su tarjeta de CoverKids.

Si usted ha recibido atención de la salud por la que cree que CoverKids debe pagar, llámenos al **866-600-4985.** Si está recibiendo facturas por el cuidado, podemos ayudarle a averiguar por qué. Si pagó por la atención, veremos si podemos devolverle el dinero.

O puede presentar una apelación. Las apelaciones del servicio médico son para las personas que tienen CoverKids.

Tiene 60 días después de identificar que hay un problema para presentar una apelación. Si recibe facturas, tiene 60 días desde que recibe su primera factura para apelar. Si pagó la atención, tiene 60 días después de que pague para apelar.

Para obtener información sobre las apelaciones del servicio médico, consulte la Parte 5 de este manual.

Formas de terminar su TennCare

Existen 2 maneras de solicitar la finalización de su CoverKids.

4. Puede pedir la finalización de su CoverKids. Puede llamar o enviar una carta.
    - **Llame** a TennCare Connect de forma gratuita al **855-259-0701** e infórmeles que quiere finalizar su CoverKids.
    - **Envíe una carta** a TennCare Connect que indique que quiere terminar con su CoverKids. Incluya su nombre, número de seguridad social y asegúrese de **firmar** la carta.

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

¿Quiere finalizar CoverKids para otros miembros de la familia? Agregue también sus nombres y números de la Seguridad Social en la carta.



Por correo a:

TennCare Connect

P.O. Box 305240

Nashville, TN 37230-5240



Por fax al:

855-315-0669

5. Otras formas de que su CoverKids puede terminar:
    - Si algo cambia en su vida y ya no cumple con las reglas de CoverKids.
    - Si se **muda** fuera de la zona de CoverKids.
    - Si cumple 19 años.
    - Si contrata otro seguro de salud.
    - Si deja que otra persona utilice su tarjeta de CoverKids.
    - Si no sigue las reglas de CoverKids.
    - Si no completa sus documentos de renovación para su CoverKids cuando se le solicita. Los miembros de CoverKids deben renovar su CoverKids cada año. Cuando sea el momento de ver si todavía reúne los requisitos para CoverKids, CoverKids le enviará una carta y un Paquete de Renovación por correo.

Antes de que finalice su CoverKids, recibirá una carta por correo. La carta le indicará por qué finaliza su CoverKids. También le informará sobre cómo presentar una apelación si cree que han cometido un error.

Parte 5: Apelaciones de CoverKids

Apelaciones de CoverKids

Una apelación es una forma de asegurarse de que CoverKids tome decisiones con la información correcta. Cuando realiza una apelación, usted solicita explicarle a un juez cuál es el error que usted considera que CoverKids cometió. Esto se llama **audiencia imparcial**.

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

Puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión sobre la cobertura médica de CoverKids o UnitedHealthcare Community Plan. Esto se denomina apelación del servicio médico.

También puede presentar una apelación si no puede obtener o mantener CoverKids. Esto se llama apelación de elegibilidad.

Apelaciones del servicio médico

Las apelaciones del servicio médico son para las personas que tienen CoverKids. Las apelaciones del Servicio Médico son por problemas como conseguir que su plan de salud apruebe un servicio que su médico dice que necesita.

Solo debería abonar su copago por la atención que reciba. No se le debe facturar el resto del costo de su atención. Si le facturan el resto del costo, puede presentar una apelación. Consulte la Parte 4 de este manual para saber qué hacer si recibe una factura por su atención.

UnitedHealthcare Community Plan le enviará una carta si se deniega la solicitud de su médico para obtener un medicamento o servicio médico. UnitedHealthcare Community Plan también enviará una carta si intentamos detener o reducir la atención que ha estado recibiendo. La carta le indicará cómo puede presentar una apelación.

Siempre que necesite un servicio que UnitedHealthcare Community Plan ha negado, tiene derecho a solicitar una apelación a CoverKids. Si tiene problemas para obtener cuidado de la salud, llámenos siempre primero al **866-600-4985.**

Si **todavía** no puede recibir el cuidado que necesita, puede presentar una apelación médica llamando a **CoverKids Member Medical Appeals** al **800-878-3192.**

¿Puedo pedirle a mi médico que presente mi apelación por mí? Sí. Pero la ley requiere que su médico tenga su permiso (aprobación) por escrito, esto se llama autorización por escrito. Escriba **su nombre, su fecha de nacimiento, el nombre de su médico y su permiso para que presente una apelación en nombre de usted, en una hoja de papel**. A continuación, envíela por fax o correo a CoverKids Member Medical Appeals (consulte **a continuación**).

¿Qué pasa si no le envía a CoverKids su aprobación y su médico pide una apelación rápida? CoverKids le enviará una página para completar, firmar y enviarnos de vuelta.

Tiene 60 días después de descubrir que hay un problema para presentar una apelación. Por lo tanto, si recibe una carta de denegación de UnitedHealthcare Community Plan, tiene 60 días desde la fecha de la carta de denegación para presentar una apelación.

- Para el cuidado o los medicamentos que todavía necesite, tiene **60 días** después de que CoverKids o UnitedHealthcare Community Plan informen que no pagaremos el cuidado.

- Para las facturas de cuidado de la salud que piensa que CoverKids debe pagar, tiene **60 días** después de recibir su primera factura.
- Para el cuidado que usted pagó, tiene **60 días** después de pagar por el cuidado.

¿Cree que tiene una emergencia?

Generalmente, una apelación se resuelve en un plazo de **90 días** después de que usted la presenta. Sin embargo, si usted tiene una emergencia y su plan de salud está de acuerdo en que lo haga**,** recibirá una apelación rápida. La apelación rápida se decidirá en aproximadamente una semana. Podría demorar más si UnitedHealthcare Community Plan necesita más tiempo para obtener sus registros médicos.

Una emergencia significa que esperar 90 días para una decisión de "sí" o "no" **podría poner en peligro real su vida o su salud física o mental.**

Si una de esas cosas es cierta para usted, puede pedir a CoverKids una apelación rápida. Recuerde que su **médico** también puede solicitar este tipo de apelación por usted. Pero la ley requiere que su médico tenga **su permiso (aprobación) por escrito.**

Después de dar su aprobación por escrito, su médico puede ayudarle al completar un certificado de apelación rápida del proveedor como el que aparece en la Parte 8 de este manual. Si su apelación es de emergencia, su médico puede firmar el certificado de apelación rápida del proveedor. Su médico debe enviar el certificado por fax al **888-345-5575.**

CoverKids y su plan de salud de UnitedHealthcare Community Plan revisarán su apelación y decidirán si debe acelerarse. **De ser así,** obtendrá una decisión sobre su apelación en aproximadamente una semana. Recuerde, podría tomar algunos días más 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, entonces obtendrá una audiencia en el plazo de 90 días a partir de la fecha en que presentó su apelación.

Cómo presentar una apelación médica

Presentación de una apelación médica



POR TELÉFONO: Puede llamar de forma gratuita a CoverKids Member Medical Appeals al 800-878-3192. Estamos aquí para ayudarle de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m., hora central.

POR CORREO: Puede enviar un escrito de apelación **o** una carta acerca de 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/tenncare/documents/medappeal.pdf.**

Si necesita otra página de apelaciones médicas o quiere que CoverKids le envíe una, llame a **CoverKids Member Medical Appeals** al **800-878-3192.** O puede presentar su apelación por escrito.

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

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



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

Conserve el documento que muestra que su fax se envió correctamente.

Para todas las apelaciones médicas, CoverKids necesita:

1. Su **nombre** (el nombre de la persona que quiere apelar sobre su cuidado o medicamento).
2. Su **número de Seguridad Social (Social Security Number, SSN).** Si no tiene el número de Seguridad Social, indique su fecha de nacimiento. Incluya el mes, el día y el año.
3. La **dirección** en la que recibe su correo.
4. El **nombre** de la persona a la que llamar si CoverKids tiene alguna pregunta sobre su apelación (puede ser usted, o alguien más).
5. Un **número de teléfono** al que podamos comunicarnos durante el día por esa persona (puede ser su número de teléfono o el número de teléfono de otra persona).

¿Qué más necesita CoverKids para procesar su apelación?

Para obtener una audiencia imparcial sobre los problemas de cuidado de la salud, **debe hacer ambas cosas:**

- Debe proporcionarle a CoverKids **los datos** que necesitan para procesar su apelación.
- Y debe informar a CoverKids cuál es el **error** que usted considera que cometimos. Debe ser algo que, si tiene razón, significa que CoverKids pagará por este cuidado.

Dependiendo de la razón por la que presente una apelación médica, aquí hay otro tipo de información que debe informar a CoverKids:

¿Está presentando una apelación por cuidado o medicamentos que todavía necesita? Infórmele a CoverKids:

- El tipo de cuidado de la salud o medicamentos por los que está presentando la apelación.
- Y la razón por la que quiere apelar. Infórmele a CoverKids todo lo que pueda sobre el problema. Asegúrese de indicar qué error cree que cometió CoverKids. Envíe copias de cualquier documento que considere que puede ayudar a CoverKids a entender su problema.

¿Está presentando una apelación porque quiere **cambiar de plan de salud**? Infórmele a CoverKids:

- El **nombre del plan de salud que quiere.**
- Y la **razón por la que quiere cambiar de plan de salud.**

¿Está presentando una apelación por **cuidado que ya ha recibido** y piensa que CoverKids debe pagar? Infórmele a CoverKids:

- La **fecha** en la que recibió el cuidado o el medicamento por el que quiere que pague CoverKids.
- El nombre del **médico** u **otro lugar** que le haya brindado el cuidado o el medicamento.
- (Si lo tiene, incluya la **dirección** y el **número de teléfono** del **médico** u **otro lugar** que le haya brindado el cuidado).
- **Si pagó por el cuidado o el medicamento**, también entréguele a CoverKids **una copia de un recibo** que demuestre que pagó. Su recibo debe mostrar:
    - El **tipo de cuidado** que recibió que quiere que pague CoverKids
    - Y el nombre de la **persona** que recibió el cuidado

    - Y el nombre del **médico u otro lugar** que le haya brindado la atención
    - Y la **fecha** en que recibió el cuidado
    - Y el **monto** que pagó por el cuidado
- Si recibe una factura por el cuidado o el medicamento, proporcione a CoverKids una copia de la factura. Su factura debe mostrar:
    - El **tipo de cuidado** que se le está facturando
    - Y el nombre de la **persona** que recibió el cuidado
    - Y el nombre del **médico u otro lugar** que le haya brindado el cuidado
    - Y la **fecha** en que recibió el cuidado
    - Y el **monto** que se le está facturando

¿Qué hace CoverKids cuando presenta una apelación por un problema de cuidado de la salud?

1. **Cuando CoverKids reciba su apelación, le enviarán una carta que indicará que recibió su apelación.** Si ha pedido una apelación rápida, indicará si puede tener una apelación rápida.
2. **Si CoverKids necesita más datos para procesar su apelación, recibirá una carta que indicará qué datos faltan.** Debería darle a CoverKids todos los datos que pide lo antes posible. Si no lo hace, su apelación puede terminar.
3. **CoverKids debe resolver una apelación regular en 90 días.** Si tiene una apelación de emergencia, ellos tratarán de tomar una decisión en aproximadamente una semana (a menos que necesiten más tiempo para obtener sus registros médicos).

4. **Para decidir sobre su apelación, es posible que necesite una audiencia imparcial.** Para tener una audiencia imparcial, debe decir que CoverKids cometió un error que, si tiene razón, significa que recibirá el cuidado de la salud o el servicio que está pidiendo. Es posible que **no** tenga una audiencia imparcial si solicita cuidados 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 puede tener una audiencia imparcial, recibirá una carta que le indicará cuándo será su audiencia.

¿Qué ocurre en una audiencia imparcial sobre problemas de cuidado de la salud?

1. **Su audiencia** puede ser por teléfono o en persona. Las diferentes personas que pueden estar en su audiencia incluyen:
   - Un juez administrativo
   - Un abogado de CoverKids
   - Un testigo de estatal (alguien como un médico o enfermera de CoverKids)
   - Puede hablar en su propio nombre o puede traer a alguien más, como un amigo o un abogado, para hablar por usted
2. **Durante la audiencia,** puede explicarle al juez el error que cree que CoverKids cometió. Puede proporcionar al juez datos y pruebas sobre su salud y atención médica. El juez los escuchará a todos.
3. **Después de la audiencia,** recibirá una carta que le indicará la respuesta del juez. ¿Qué pasa si el juez dice que usted ganó su apelación? CoverKids debe estar de acuerdo en que es la decisión correcta basada en los hechos de su caso. La ley federal dice que **la decisión de un juez no es definitiva hasta que CoverKids la apruebe.** Si CoverKids anula la decisión de un juez, debemos explicarle por qué por escrito. La carta le dirá qué hacer si no está de acuerdo con la decisión de CoverKids.

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

Apelaciones de elegibilidad: cómo obtener o mantener CoverKids y otros problemas de CoverKids

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

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

- Recibe una carta que dice que su CoverKids terminará
- Su CoverKids ha terminado pero no recibió una carta porque se mudó
- Cree que sus copagos de CoverKids son incorrectos

Si tiene algún problema como los mencionados anteriormente, llame a TennCare Connect al **855-259-0701.** Verificarán si se ha cometido un error. Si deciden que tiene razón, arreglarán el problema. Pero si dicen que no, y usted sigue pensando que se ha cometido un error en su caso, **puede presentar una apelación.**

Cómo presentar una apelación de elegibilidad

	**En línea:** Puede presentar una apelación a través de su cuenta en TennCare Connect. Vaya a **tenncareconnect.tn.gov**
	**POR TELÉFONO:** Puede llamar gratis a TennCare Connect al **855-259-0701.** Estamos aquí para ayudarle de lunes a viernes.
	**POR CORREO:** Puede presentar su apelación en papel normal y enviarla por correo a: **Eligibility Appeals** **P.O. Box 23650** **Nashville, TN 37202-3650** Para imprimir un formulario de apelación de Internet, visite: https://www.tn.gov/tenncare/members-applicants/how-to-file-an-eligibility-appeal.html y haga clic en el enlace de apelación de elegibilidad. Conserve una copia de su apelación. Anote la fecha en que la envió por correo a TennCare Connect.

	**POR FAX:** Puede enviar por fax su página o carta de apelación de forma gratuita al **844-563-1728.** Conserve el documento que muestra que su fax se envió correctamente.

Para todas las apelaciones de elegibilidad, la unidad de apelaciones de elegibilidad necesita:

- Su **nombre completo** (nombre de pila, inicial del segundo nombre, apellido).
- Su **número de Seguridad Social**, si tiene uno.
- Los **nombres de las otras personas que viven con usted** con el mismo problema.
- Su **número de teléfono al que podamos comunicarnos durante el día** y el mejor momento para llamar.
- El **error específico** que cree que se cometió. Comente todo lo que pueda sobre el problema.
- Envíe **copias** de cualquier documento que muestre por qué cree que se cometió el error.

¿Qué más necesita la unidad de apelaciones de elegibilidad para procesar su apelación?

Para obtener una audiencia imparcial, **debe hacer ambas cosas:**

1. Debe proporcionar **los datos** que necesitan para procesar su apelación.
2. Y debe informar a la unidad de apelaciones de elegibilidad el **error** que usted cree que cometimos. Debe ser algo que, si tiene razón, significa que puede mantener o recuperar su cobertura de CoverKids; o que sus copagos de CoverKids cambiarán.

Parte 6: Sus derechos y responsabilidades como miembro de CoverKids

Tiene derecho a:

- Ser tratado con respeto y dignidad. Tiene derecho a la privacidad y a que su información médica y financiera sea tratada con privacidad.
- Solicitar y obtener información sobre CoverKids, sus políticas, sus servicios, sus cuidadores y los derechos y deberes de los miembros.
- Preguntar y obtener información sobre cómo paga CoverKids a sus proveedores, incluso cualquier tipo de bonificación por el cuidado basado en el costo o la calidad.
- Solicitar y obtener información sobre sus registros médicos y de seguro como dictaminan las leyes federales y estatales. Puede ver sus registros médicos y de seguro, obtener copias de ellos y pedir que se corrijan si son incorrectos.
- **Obtener servicios sin recibir un trato 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 informar o presentar una denuncia por escrito si cree que ha recibido un trato diferente. Recibir un trato diferente significa que le han discriminado. Si presenta una queja, tiene derecho a seguir recibiendo cuidado sin miedo a un mal trato por parte de UnitedHealthcare Community Plan, los proveedores o CoverKids. Para presentar una queja o conocer más sobre sus derechos, visite: https://www.tn.gov/tenncare/members-applicants/civil-rights-compliance.html
- Obtener cuidado sin temor a que se utilicen restricciones físicas o aislamiento con fines de acoso, disciplina, conveniencia o venganza.
- Presentar apelaciones o quejas sobre CoverKids o su cuidado. La Parte 5 de este manual le explica cómo hacerlo.
- Hacer sugerencias sobre sus derechos y responsabilidades o sobre cómo funciona CoverKids.
- Elegir un PCP en la red de UnitedHealthcare Community Plan. Puede rechazar el cuidado de ciertos proveedores.
- Obtener los cuidados necesarios desde el punto de vista médico que sean adecuados para usted, cuando lo necesite. Esto incluye la prestación de

servicios de emergencia las 24 horas del día y los 7 días de la semana.

- Recibir información de una manera fácil de entender sobre su cuidado y todos los diferentes tipos de tratamiento que podrían funcionar para usted, sin importar lo que cuesten o incluso si no están cubiertos.
- Recibir ayuda para tomar decisiones sobre su cuidado de la salud.
- Hacer un testamento vital o directivas anticipadas y recibir información sobre las directivas médicas anticipadas.
- Cambiar los planes de salud. Si es nuevo en CoverKids, puede cambiar de plan de salud una vez durante los 90 días después de recibir CoverKids. Después de esto, puede pedir que se modifiquen los planes de salud mediante un proceso de apelación. Hay ciertas razones por las que puede cambiar de plan de salud. La Parte 4 de este manual le brinda más información sobre cómo cambiar de plan de salud.
- Pedir a CoverKids que revise cualquier error que usted crea que cometieron con respecto a su inscripción en CoverKids, la continuación de su cobertura en CoverKids o la obtención de su cuidado de la salud.
- Finalizar CoverKids en cualquier momento.
- Ejercer cualquiera de estos derechos sin cambiar la forma en que CoverKids o sus proveedores le tratan.

Sus derechos de permanecer en UnitedHealthcare Community Plan

Como miembro de UnitedHealthcare Community Plan, **no** lo pueden cambiar de UnitedHealthcare Community Plan solo porque:

- Su salud empeora.
- Ya tiene un problema médico. Esto se denomina una condición preexistente.
- Su tratamiento médico es caro.
- Por cómo utiliza sus servicios.
- Tiene una afección de salud del comportamiento (salud mental o trastorno por abuso de sustancias).
- Sus necesidades especiales le hacen actuar de forma poco cooperativa o perturbadora.

Las únicas razones por las que lo pueden cambiar de CoverKids son:

- Si cumple 19 años
- Si contrata otro seguro de salud
- Si se **muda** fuera de la zona de CoverKids
- Si deja que otra persona utilice sus tarjetas de identificación o si utiliza su CoverKids para obtener medicamentos para vender
- Si usted termina su CoverKids o su CoverKids termina por otras razones
- Si no **renueva** su CoverKids cuando es el momento o si no le proporciona a CoverKids la información que solicita cuando es el momento de renovar
- Si no permite que CoverKids sepa que usted se mudó y no pueden encontrarle
- Si miente para obtener o mantener su CoverKids
- En caso de su fallecimiento

Su derecho a apelar

En CoverKids, usted recibe su atención médica a través de un plan de salud de CoverKids, UnitedHealthcare Community Plan. Tiene derechos cuando se adopta 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 cuidado.

Para algunos tipos de cuidado, su médico debe obtener la aprobación del plan de salud antes de que CoverKids pague por él. Se denomina “preautorización”. ¿Qué pasa si su médico le pide a su plan de salud que autorice el cuidado en su nombre? Su plan de salud debe decidir en 7 días. Si no puede esperar 7 días para el cuidado que necesita, puede pedirles que tomen una decisión antes. Esto se conoce como preautorización rápida. Las preautorizaciones rápidas 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 piden cuidado de la salud
- Tiene que esperar demasiado tiempo para recibir cuidado de la salud
- O bien, su plan de salud CoverKids interrumpe o cambia su cuidado de la salud

La carta debe decir **por qué** no puede recibir el cuidado y **qué puede hacer** al respecto.

Si su **plan de salud** decide cambiar el cuidado que está recibiendo, debe recibir una carta al menos **10 días antes** de que ocurra. ¿Qué pasa si su **médico** decide cambiar el cuidado que está recibiendo? Para los tipos de cuidado que se indican a continuación, las **personas menores de 21 años** deben recibir una carta **2 días hábiles antes** de que ocurra y los **adultos mayores de 21 años** deben recibir una carta **el día que reciben el alta**:

- Tratamiento de la salud del comportamiento (salud mental o trastorno por abuso de sustancias) en un hospital u otro lugar donde debe permanecer para recibir el cuidado (servicios psiquiátricos o residenciales para pacientes hospitalizados)
- Cuidado de un problema de salud a largo plazo cuando su plan de salud no puede darle el siguiente tipo de atención que necesita para ese problema
- Servicios de salud en el hogar
- Si su plan de salud o su médico no envían su carta a tiempo, **no** pueden cambiar su cuidado

Tiene derecho a apelar si:

- CoverKids dice que no cuando usted o sus médicos piden cuidado de la salud
- CoverKids interrumpe o cambia su cuidado de la salud
- Tiene que esperar demasiado tiempo para recibir cuidado de la salud
- Tiene facturas de cuidado de la salud que cree que CoverKids debería haber pagado pero no lo hizo

Tiene **solo 60 días** para presentar una apelación después de descubrir que hay un problema

Alguien que tenga el derecho legal de actuar en su nombre también puede presentar una apelación por usted. Puede designar a un pariente, 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 que figura en su Manual para Miembros y en otros documentos que le enviamos.
- Mostrar su tarjeta de identificación de CoverKids cada vez que reciba cuidado de la salud.
- Acudir a su PCP para toda su atención médica a menos que:
    - Su PCP le envíe a un especialista para que le atienda.
    - Esté embarazada o se esté haciendo controles de salud femenina.
    - Sea una emergencia.
- Utilizar proveedores que estén en la red de proveedores. Pero puede ver a cualquiera si se trata de una emergencia. Y puede ver a cualquiera que haya sido aprobado.
- Avisarle a su PCP cuando ha tenido que ir a la Sala de Emergencias. Infórmele a su PCP en un plazo de 24 horas del momento en que recibió atención en la Sala de Emergencias.
- Brindar información a CoverKids y a sus proveedores de atención médica para que puedan brindarle atención.
- Seguir las instrucciones y normas que figuran en el manual sobre su cobertura y beneficios. También debe seguir las instrucciones y las normas de las personas que le están prestando cuidado de la salud.
- Ayudar a tomar decisiones sobre su cuidado de salud.
- Trabajar con su PCP para que comprenda sus problemas de salud. También debe trabajar con su PCP para elaborar un plan de tratamiento que ambos decidan que le ayudará.
- Tratar a su cuidador de salud con respeto.

- Cumplir con las citas de cuidado de la salud y llamar al consultorio para cancelar si no puede acudir a su cita.
- No permitir que nadie más utilice su tarjeta de identidad de CoverKids e informarnos si la ha perdido o se la han robado.
- Informarle a CoverKids de cualquier cambio como:
    - Si usted o un miembro de la familia cambian su nombre, dirección o número de teléfono.
    - Si tiene un cambio en el tamaño de la familia.
    - Si usted o un miembro de la familia consigue un trabajo, pierde su trabajo o cambia de trabajo.
    - Si usted o un miembro de la familia tiene otro seguro de salud o puede obtener otro seguro de salud.
- Pagar todos los copagos que le corresponda pagar.
- Avisarnos si tiene otra compañía de seguros que deba pagar su atención médica. La otra compañía de seguros podría ser un seguro de automóvil, del hogar o de compensación del trabajador.

Aviso de prácticas de privacidad

El Gobierno federal exige a TennCare que le proporcione este Aviso de Privacidad. Este aviso le indica cómo se puede utilizar y compartir la información personal sobre usted. También le indica cómo puede acceder a esta información y corregirla. Revise este aviso atentamente.

Su CoverKids **no** cambiará. No tiene que hacer nada más.

Este aviso le indicará lo siguiente:

- Los tipos de información personal que tenemos,
- Por qué la recopilamos,

- Cómo la recopilamos,
- Cómo la compartimos,
- Con quién la compartimos,
- Cuánto tiempo la mantenemos,
- Qué hacer si no quiere que su información se comparta con ciertas personas, y
- Sus derechos sobre su información.

Qué tipo de información personal tenemos:

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

Recibimos información de los proveedores de cuidado de la salud y de las agencias federales u otras agencias estatales para ayudar con su solicitud. También podemos obtener otros datos de salud como:

- Una lista de los servicios de salud y los tratamientos que recibe,
- Notas o registros de su médico, farmacia, hospital u otros profesionales de la salud,
- Lista del medicamento que toma ahora o que ha tomado antes,
- Resultados de radiografías y pruebas de laboratorio, y
- Información genética ("genética" son rasgos familiares como el color del cabello o el color de los ojos. También puede tratarse de afecciones de salud que tiene en común con sus parientes consanguíneos).

Por qué recopilamos su Información Personal:

Las leyes federales y estatales nos permiten recoger, conservar y utilizar esta información para proporcionarle servicios. Esto se utiliza para:

- Determinar su elegibilidad para nuestros programas,
- Colaborar con nuestros socios para prestarle servicios, y
- Trabajar para mejorar los servicios que le prestamos.

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

Cómo recopilamos, utilizamos o compartimos su información personal:

Con el fin de administrar el programa Medicaid, podemos recopilar información sobre usted y sus miembros de la familia a partir de las solicitudes de servicios o de nuestros socios. Pueden incluir:

- Organismos federales como la Administración de la Seguridad 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
- Los socios de TennCare, como las organizaciones de atención gestionada y los proveedores.

Nuestros sitios web pueden usar cookies. Estos son pequeños datos que se colocan en su disco duro para recoger la información que ha introducido. Utilizamos esta información para ayudar a que nuestro sitio web sea más fácil de utilizar y para mejorar su funcionamiento. No tiene que aceptar cookies de nosotros, pero si decide no hacerlo, algunas de las funciones de nuestro sitio pueden no estar disponibles para usted.

Solo podemos utilizar o compartir su información personal como nos permite 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 dará su permiso si necesitamos utilizar o compartir cualquiera de la siguiente información:

- Notas que toma un terapeuta durante las sesiones de terapia (se denominan notas de psicoterapia)
- Información personal con empresas que utilizarán la información para tratar de conseguir el negocio de otras personas (con fines de marketing); e
- Información personal con otra persona a cambio de dinero.

¿Puede cancelar su permiso? Sí, puede cancelar su permiso, pero debe comunicárnoslo 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* con otras personas, o con distintos fines, incluidos:

- Usted. Podemos ayudarle a encontrar y programar la atención y enviarle noticias sobre los servicios de salud.
- Otras personas involucradas en su cuidado, como familiares o cuidadores. También puede pedirnos que no compartamos su información personal con determinadas personas.
- Para demostrar que tiene cobertura de CoverKids y para ayudarle a obtener el cuidado de la salud que necesita.
- Para pagar a su plan de salud y a los proveedores de cuidado de la salud.
- Para mejorar el programa y los servicios que le ofrecemos.

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

- Proveedores de cuidado de la salud como médicos, personal de enfermería, hospitales y clínicas.
- Su plan de salud u otras empresas que tienen contratos con CoverKids.
- Personas que ayudan en las apelaciones si presenta una apelación a 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.
- Organismos gubernamentales federales, estatales o locales que prestan o controlan el cuidado de la salud.

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

- Médicos forenses, casas funerarias o proveedores que trabajan con servicios como trasplantes de órganos.
- Investigadores médicos. Deben mantener privada su información personal.
- Las agencias de salud pública deben actualizar sus registros de nacimientos, defunciones o seguimiento de enfermedades.
- El tribunal cuando la ley dice que debemos o cuando se nos ordena.
- La policía, o por otras razones jurídicas o de investigación. Podemos denunciar fraudes, abusos o descuido.
- Otras agencias: como para actividades militares o de veteranos, seguridad nacional, cárceles.

También podemos compartir su información personal si sacamos la información que indica quién es usted. No podemos compartir su información personal con cualquiera. Incluso cuando la compartimos, solo podemos compartir la información que la persona necesita para hacer realmente su trabajo. Y no podemos compartir su información genética para tomar decisiones sobre su elegibilidad para CoverKids.

¿Cuánto tiempo conservamos su información personal?

CoverKids conservará su información personal mientras sea necesaria para que podamos proporcionarle servicios y administrar el programa CoverKids. Disponemos de la información que requieren las leyes y reglamentos estatales y federales.

¿Qué pasa si no quiere compartir toda su información personal?

Debe pedir por escrito que no quiere que compartamos su información personal. Debe decirnos la información personal que no desea compartir y con quién no quiere que la compartamos. Por ejemplo, puede pedirnos que no compartamos información personal si:

- Pagó el cuidado de su propio bolsillo y
- Pidió a su médico que no compartiera su información personal para ese cuidado.

Hay otros momentos en los que no compartimos su información personal si nos lo pide. Lo aprobaremos si podemos, pero podríamos no aprobarlo si es un menor o si la ley nos permite compartir la información personal. Si no podemos aprobar su solicitud, le enviaremos una carta que diga por qué. ¿Qué pasa si no nos pide que no compartamos su información personal? Solo podemos utilizarla y compartirla como se explica en este aviso.

Sus derechos sobre su información personal:

Cuando se trata de su información de salud, tiene ciertos derechos. Esta sección le habla de sus derechos y de algunas de las formas en que podemos ayudarle.

Obtener una copia digital o en papel de su historia clínica

- Puede solicitar ver u obtener una copia de su historia clínica y otra información de salud, que tengamos sobre usted. Deberá presentar la solicitud por escrito.
- Podemos proporcionar una copia o un resumen de su información, generalmente dentro de los 30 días de su solicitud.
- Si se deniega su solicitud, le diremos por qué y cuáles son sus derechos.
- Puede que tenga que pagar por el costo de copiar y enviar sus copias.

Comunicaciones

- Puede pedirnos por escrito que nos pongamos en contacto con usted de una manera diferente o en un lugar diferente. Si escribir o hablar con usted le pone en peligro, contáctenos a través del Programa TN Safe at Home utilizando la información que figura a continuación.

  Número de teléfono: 1-615-253-3043

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

  Correo electrónico: TNSOS.SAFE@TN.Gov
- Puede pedirnos que no le enviemos cartas sobre recaudación de fondos.

Pedirnos que limitemos la información que usamos o compartimos

- Debe pedirnos por escrito si no quiere que compartamos su información personal.
- Debe decirnos qué información personal no desea compartir y con quién no quiere que la compartamos. Por ejemplo:
    - Pagó su atención de su propio bolsillo, y
    - Pidió a su médico que no compartiera su información personal para ese cuidado.

Obtener una lista de aquellos con los que hemos compartido información (fuera de TennCare)

Puede solicitar por escrito una lista de las personas con las que hemos compartido su información personal en los seis años anteriores a la fecha de su solicitud. Pero no enumerará las veces que hemos compartido información cuando nos ha dado su permiso, u otras veces cuando la ley dice que no necesitábamos obtener su permiso. Por ejemplo, cuando utilizamos información personal

- Para ayudarle a obtener o pagar el cuidado de la salud
- Administrar nuestro programa
- Para proporcionar información a las autoridades policiales si estamos obligados a hacerlo

Obtener una copia de este aviso

Puede solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso de manera electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel lo antes posible.

Pedirnos que corrijamos su historial

Puede pedirnos que cambiemos la información personal que es incorrecta. Debe pedirlo por escrito y decirnos por qué tenemos que cambiarlo. Si no podemos hacer el cambio, enviaremos una carta que le indique por qué.

La responsabilidad de TennCare con usted:

TennCare debe mantener segura su información personal. Protegemos su privacidad, seguridad y confidencialidad. Si su información personal se divulga, es posible que tengamos que avisarle a usted y a las autoridades federales. Tenemos que decirle:

- Si el tipo de información personal que se ha obtenido identificara quién es (como su Número de Seguridad Social o su fecha de nacimiento) o sus registros de tratamiento, y
- Si alguien realmente utilizó o vio su información personal, y
- Lo que hicimos para reducir el riesgo de que su información personal fuera mal utilizada.

Comunicaciones con usted:

De conformidad con la Ley Federal de Protección al Consumidor Telefónico, nosotros o nuestros socios, como los planes o proveedores, podemos llamarle o enviarle mensajes de texto, utilizando un sistema de marcación telefónica automática para informarle sobre las opciones de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud. Si no quiere que nos comuniquemos con usted por teléfono, infórmenos llamando al 1-888-382-1222. O llame a su plan de salud para añadir su número de teléfono a la lista de No Llamar.

Solicitudes: pídanos por escrito:

Sus solicitudes deberán presentarse por escrito. Sugerimos enviar una carta por correo. Asegúrese de decirnos lo que quiere que hagamos. Escriba su nombre, fecha de nacimiento y número de identificación de TennCare *o* los cuatro últimos dígitos de su Número de Seguridad Social en su carta. Envíe su carta a:



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

También puede elegir ponerse en contacto con nosotros por correo electrónico. Si desea utilizar el correo electrónico, comuníquese primero con la Oficina de Privacidad de TennCare sin incluir ninguna información sensible (como la fecha de nacimiento o identificación de TennCare) para que podamos responder a través de un portal de correo electrónico seguro. Si envía un correo electrónico con información sensible sin usar un portal de correo electrónico seguro, existe el riesgo de que la información personal pueda ser leída o accedida por terceros durante su transferencia.

Conserve una copia de la carta para su registro. ¿Tiene alguna pregunta? ¿Necesita ayuda para presentar su solicitud? Llame a TennCare Connect al **855-259-0701** gratis.

Cambios a este aviso:

Las políticas y procedimientos de TennCare pueden cambiar sin previo aviso. Utilizaremos las políticas y los procedimientos que tenemos en vigor cuando presente 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 pueden 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.

Esta nota se actualizó en octubre de 2023 y se aplica a todos los datos de salud que tenemos. Si necesita un nuevo ejemplar o desea comprobar si hay cambios, visite http://www.tn.gov/tenncare/. La última versión de este aviso se encuentra en el “Aviso de prácticas de privacidad”.

Preguntas o quejas sobre la privacidad

TennCare cumple las leyes federales y estatales de derechos civiles. No discriminamos ni tratamos a las personas de manera injusta por motivos de raza, color, nacionalidad, idioma, sexo, edad, discapacidad u otros grupos protegidos. No se le castigará si se queja o pide ayuda.

¿Tiene alguna pregunta? ¿Cree que se han violado sus derechos a la privacidad? ¿Cree que le han discriminado? Puede llamar gratis a TennCare Connect al 1-855-259-0701. O puede escribir o llamar a:

Contacto para preguntas e inquietudes sobre la privacidad

Division of TennCare Atención: Privacy Office 310 Great Circle Road Nashville, TN 37243 Teléfono: 866-797-9469 Por correo electrónico: Privacy.TennCare@tn.gov	U.S. Department of Health and Human Services Region IV, Office of Civil Rights Medical Privacy Complaint Division Atlanta Federal Center Suite 3B70 61 Forsyth Street, SW Atlanta, GA 30303-8931 Teléfono: 866-627-7748 Sitio web: www.hhs.gov/ocr/complaints

Su responsabilidad de denunciar fraudes y abusos

La mayoría de los miembros y proveedores de CoverKids son honestos. Pero incluso algunas personas deshonestas pueden afectar al programa CoverKids. Las personas que mienten a propósito para obtener CoverKids pueden recibir multas o ir a prisión.

Si descubre un caso de fraude y abuso en el programa CoverKids, debe informarnos al respecto. Pero no tiene que decirnos su nombre.

El fraude y abuso para los miembros de CoverKids pueden ser cosas como:

- Mentir sobre hechos para obtener o mantener CoverKids
- Ocultar cualquier hecho para poder obtener o mantener CoverKids
- Dejar que otra persona utilice su tarjeta de identidad de CoverKids
- Vender o dar medicamentos recetados a cualquier otra persona

El fraude y abuso para los proveedores de CoverKids pueden ser cosas como:

- Facturar a CoverKids por servicios que nunca se proporcionaron
- Facturar a CoverKids dos veces por el mismo servicio

Para informarnos sobre fraudes y abusos, llame **gratis a la línea directa de UnitedHealthcare Community Plan al**

866-600-4985.

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

Fraude por parte de los miembros:
Oficina del 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 por parte del proveedor:

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

Oficina de Investigación de Tennessee (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 cuidado de la salud que puede necesitar

Solicitud de cambio de proveedor de cuidado primario (Primary Care Provider, PCP)

Para cambiar su PCP en línea, inicie sesión en su cuenta de UHC Community Plan - Inicio de sesión para miembros También puede solicitar un formulario impreso llamando al 866-600-4985.

Formulario de queja por discriminación de TennCare

El programa TennCare no discrimina a las personas por motivos de su raza, color, nacionalidad (incluido la capacidad limitada del inglés y el idioma principal), edad, discapacidad, religión o sexo. Si necesita modificaciones razonables o cree que le trataron de un modo diferente o le han discriminado, puede presentar una queja formal (queja) ante la Oficina de Cumplimiento de los Derechos Civiles de TennCare en:
Por correo electrónico: HCFA.fairtreatment@tn.gov
Por Internet: https://www.tn.gov/tenncare/members-applicants/civil-rights-compliance.html
Por correo postal: 310 Great Circle Road Floor 3W, Nashville, TN 37243
Teléfono: 615-507-6474 (TRS 711)

¿Necesita ayuda para presentar una queja formal? Llame a TennCare Connect al 855-259-0701. Para presentar 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 en papel, llame al 615-507-6474 o gratis al 855-857-1673 (TRS 711).

Formulario de apelación médica

Las apelaciones del Servicio Médico son por problemas como conseguir que su plan de salud apruebe un servicio que su médico dice que necesita.

Para presentar una apelación médica, complete el formulario de apelación médica para miembros:

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

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

Certificado de proveedor tratante: Apelación *rápida* de TennCare

Una apelación típica para un servicio médico se decide en hasta noventa (90) días. Sin embargo, una apelación rápida, debido a la salud de un paciente, debe decidirse en el plazo de una semana (o hasta tres semanas si se da al plan de salud tiempo adicional para obtener y revisar los registros médicos de un paciente). Solo se acelerará la apelación si esperar hasta noventa (90) días por una decisión, "podría poner en grave peligro la vida, la salud física o la salud mental del afiliado o su capacidad para alcanzar, recuperar o mantener el pleno funcionamiento".

Para solicitar una apelación rápida para su paciente, complete el Certificado de apelaciones rápidas para proveedores:

ExpeditedAppealProvidersCertificate.pdf (tn.gov)

Para solicitar una copia en papel del formulario, llame gratis a TennCare Member Medical Appeals al **1-800-878-3192**.

Instrucciones por Anticipado

El Departamento de Salud de Tennessee ha elaborado un formulario único que le permite informar a su familia y a los médicos lo que quiere que suceda con su cuidado de la salud y quién desea que tome decisiones para su cuidado de la salud, si no puede decidir por sí mismo. Si nombra a un representante en este formulario, es posible que se le permita tomar otras decisiones no relacionadas con la atención médica, a menos que indique en el formulario que no puede hacerlo. El formulario de Instrucciones por Anticipado para el cuidado de la salud puede encontrarse en:

Toma de decisiones sobre el cuidado de la salud (tn.gov)

Parte 8: Más información

Calendario de vacunas de CoverKids

En CoverKids para niños menores de 19 años, cubrimos:

Visitas regulares y periódicas al médico para ver si el niño se desarrolla normalmente y si tiene algún problema de salud física o del comportamiento (salud mental, trastorno por consumo de alcohol o drogas), afecciones dentales u otras afecciones. Estas visitas se denominan "evaluaciones" y necesitan 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 de edad tienen derecho a 12 evaluaciones;
- Los niños de 3 a 11 años tienen derecho a 9 evaluaciones
- Los niños de 12 a 18 años tienen derecho a 7 evaluaciones

Además, un niño tiene derecho a hacerse una “evaluación” siempre que sea derivado a un médico por alguien, como un maestro, que note un cambio en la salud o el comportamiento del niño.

Los exámenes incluyen lo siguiente:

- Una historia clínica general de salud y desarrollo
- Un examen físico amplio y sin ropa
- Vacunas adecuadas (inyecciones)
- Pruebas adecuadas de visión y audición
- Pruebas de laboratorio adecuadas
- Pruebas de desarrollo/comportamiento (según sea necesario)
- Educación de salud (asesoramiento sobre cómo mantener a su hijo sano)

También obtiene otros servicios además de los servicios de evaluación:

- Tratamiento, incluida la rehabilitación, de cualquier problema de salud (físico, mental o de desarrollo) u otras afecciones descubiertas durante una "evaluación". También puede recibir asistencia para la programación de servicios.
- Visitas periódicas a un dentista para revisiones y tratamiento a través de Renaissance;
- Pruebas periódicas de la audición y la vista del niño. Incluye el tratamiento de cualquier problema de oído y vista;
- Inmunizaciones (vacunas) para difteria, tétanos, tos ferina, poliomielitis, sarampión, paperas, rubéola (Measles, Mumps, Rubella, MMR), Hib, gripe, vacunas contra la hepatitis A y B, varicela, rotavirus, virus del papiloma humano (VPH) y meningitis, neumocócica
- Análisis de laboratorio rutinarios. (Importante: se hará una prueba para determinar el plomo en la sangre y la anemia de células falciformes si el niño está en una situación que podría ponerlo en riesgo para cualquiera o ambas cosas)
- Si su hijo tiene un nivel alto de plomo en sangre, se harán investigaciones sobre el plomo. Si cree que su hijo ha estado alrededor de cosas que tienen un alto contenido de plomo, como pintura vieja, informe a su médico; y
- Educación de salud; y
- Otros cuidados de la salud necesarios, servicios de diagnóstico, tratamientos 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, se le tratará.
- La educación básica en salud para niños y padres forma parte de los servicios preventivos que le ofrece CoverKids.

Importante: No se requieren copagos para los servicios preventivos.

Programa recomendado de vacunación para niños y adolescentes de 18 años o menos

ESTADOS UNIDOS
2025

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

Anticuerpo monoclonal	**Abreviatura(s)**	**Nombre(s) comercial(es)**
Anticuerpo monoclonal del virus sincitial respiratorio (Nirsevimab)	RSV-mAb	Beyfortus
Vacuna	**Abreviatura(s)**	**Nombre(s) comercial(es)**
Vacuna contra la COVID-19	1vCOV-mRNA	Comirnaty, mNexspike, Spikevax
	1vCOV-aPS	Nuvaxovid
Vacuna contra el dengue	DEN4CYD	Dengvaxia
Vacuna contra la difteria, el tétanos y la pertussis acelular	Difteria, tétano y tos ferina (DTaP)	Daptacel Infanrix
Vacuna contra *Haemophilus influenzae* tipo b	Hib (PRP-T) Hib (PRP-OMP)	ActHIB Hiberix PedvaxHIB
Vacuna contra la hepatitis A	HepA	Havrix Vaqta
Vacuna contra la hepatitis B	HepB	Engerix-B Recombivax HB
Vacuna contra el virus del papiloma humano	HPV (virus del papiloma humano)	Gardasil 9
Vacuna contra la gripe (inactivada: producida en huevo)	IIV3	Múltiples
Vacuna contra la gripe (inactivada: cultivo celular)	ccIIV3	Flucelvax
Vacuna contra la gripe (viva, atenuada)	LAIV3	FluMist
Vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola	Sarampión, paperas, rubéola (Measles, Mumps, Rubella, MMR)	M-M-R II Priorix
Vacuna meningocócica de los serogrupos A, C, W, Y	MenACWY-CRM	Menveo
	MenACWY-TT	MenQuadfi
Vacuna meningocócica del serogrupo B	MenB-4C	Bexsero
	MenB-FHbp	Trumenba
Vacuna meningocócica de los serogrupos A, B, C, W, Y	MenACWY-TT/ MenB-FHbp	Penbraya
Vacuna contra la viruela símica	Mpox	Jynneos
Vacuna antineumocócica conjugada	PCV15 PCV20	Vaxneuvance Prevnar 20
Vacuna antineumocócica de polisacáridos	PPSV23	Pneumovax 23
Vacuna contra el poliovirus (inactivada)	IPV	Ipol
Vacuna contra el virus respiratorio sincitial	Virus sincitial respiratorio (VRS)	Abrysvo
vacuna contra el rotavirus	RV1 RV5	Rotarix RotaTeq
Vacuna contra el tétanos, la difteria y la pertussis acelular	Tdap (tétanos, difteria y tos ferina acelular)	Adacel Boostrix
Vacuna contra el tétanos y la difteria	Td	Tenivac Tdvax
Vacuna contra la varicela	VAR	Varivax
Vacunas de combinación *(utilizar vacunas de combinación en lugar de inyecciones separadas cuando corresponda)*		
DTaP, hepatitis B y vacuna de poliovirus inactivado	DTaP-HepB-IPV	Pediarix
DTaP, poliovirus inactivado y vacuna de *Haemophilus influenzae* tipo b	DTaP-IPV/Hib	Pentacel
DTaP y vacuna de poliovirus inactivado	DTaP-IPV	Kinrix Quadracel
DTaP, poliovirus inactivado, *Haemophilus influenzae* tipo b y vacuna contra la hepatitis B	DTaP-IPV-Hib-HepB	Vaxelis
Vacuna contra el sarampión, las paperas, la rubéola y la varicela	MMRV	ProQuad

* El administrador recomendó vacunas si el historial de vacunación está incompleto o se desconoce. No reiniciar o añadir dosis a las series de vacunas durante intervalos prolongados entre dosis. Cuando no se administre una vacuna a la edad recomendada, administrar en una visita posterior. El uso de nombres comerciales es solo para fines de identificación y no implica el respaldo del ACIP o los CDC.

Revisado el 7 de octubre de 2025.

Cómo usar el programa de vacunación de niños y adolescentes

1. Determinar la vacuna recomendada por edad **(Tabla 1)**
2. Determinar el intervalo recomendado para la vacunación de refuerzo **(Tabla 2)**
3. Evaluar la necesidad de vacunas adicionales recomendadas por afección médica u otra indicación **(Tabla 3)**
4. Repasar los tipos de vacunas, frecuencias, intervalos y consideraciones para situaciones especiales **(Notas)**
5. Revisar las contraindicaciones y precauciones para los tipos de vacunas **(anexo)**
6. Revisar la guía ACIP nueva o actualizada **(anexo)**

Denuncias

- Casos sospechosos de enfermedades o brotes denunciables prevenibles mediante vacunación a su departamento de salud estatal o local
- Eventos adversos clínicamente significativos para el Sistema de notificación de reacciones adversas a las vacunas (Vaccine Adverse Event Reporting System, VAERS) en **www.vaers.hhs.gov** o al 800-822-7967

Preguntas o comentarios

Comuníquese a través del sitio www.cdc.gov/cdc-info o por teléfono al 800-CDC-INFO (800-232-4636), en español o inglés, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del este, de lunes a viernes, excepto los feriados.

Descargar la aplicación CDC Vaccine Schedules para proveedores en www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-schedules/app.html

Información de utilidad

- **Recomendaciones completas del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP):** www.cdc.gov/acip-recs/hcp/vaccine-specific/index.html
- **Recomendaciones para la toma de decisiones clínicas compartidas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación:** www.cdc.gov/acip/vaccine-recommendations/shared-clinical-decision-making.html
- ***Pautas generales de mejores prácticas para la inmunización*** **(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 para la vigilancia de enfermedades evitables con vacunas** (incluida la identificación del caso y la respuesta al brote): www.cdc.gov/surv-manual/php/

CENTROS PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES DE LOS ESTADOS UNIDOS

Escanee el código QR para acceder al calendario en línea

CS310020-E

Tabla 1 Calendario recomendado de inmunización para niños y adolescentes de 18 años o menos, Estados Unidos, 2025

Estas recomendaciones deben leerse con las notas siguientes. Para aquellos que se atrasen o comiencen tarde, proporcionar la vacunación de recuperación en la primera oportunidad como se indica en las barras verdes. Para determinar los intervalos mínimos entre dosis, ver el calendario de refuerzos (Tabla 2).

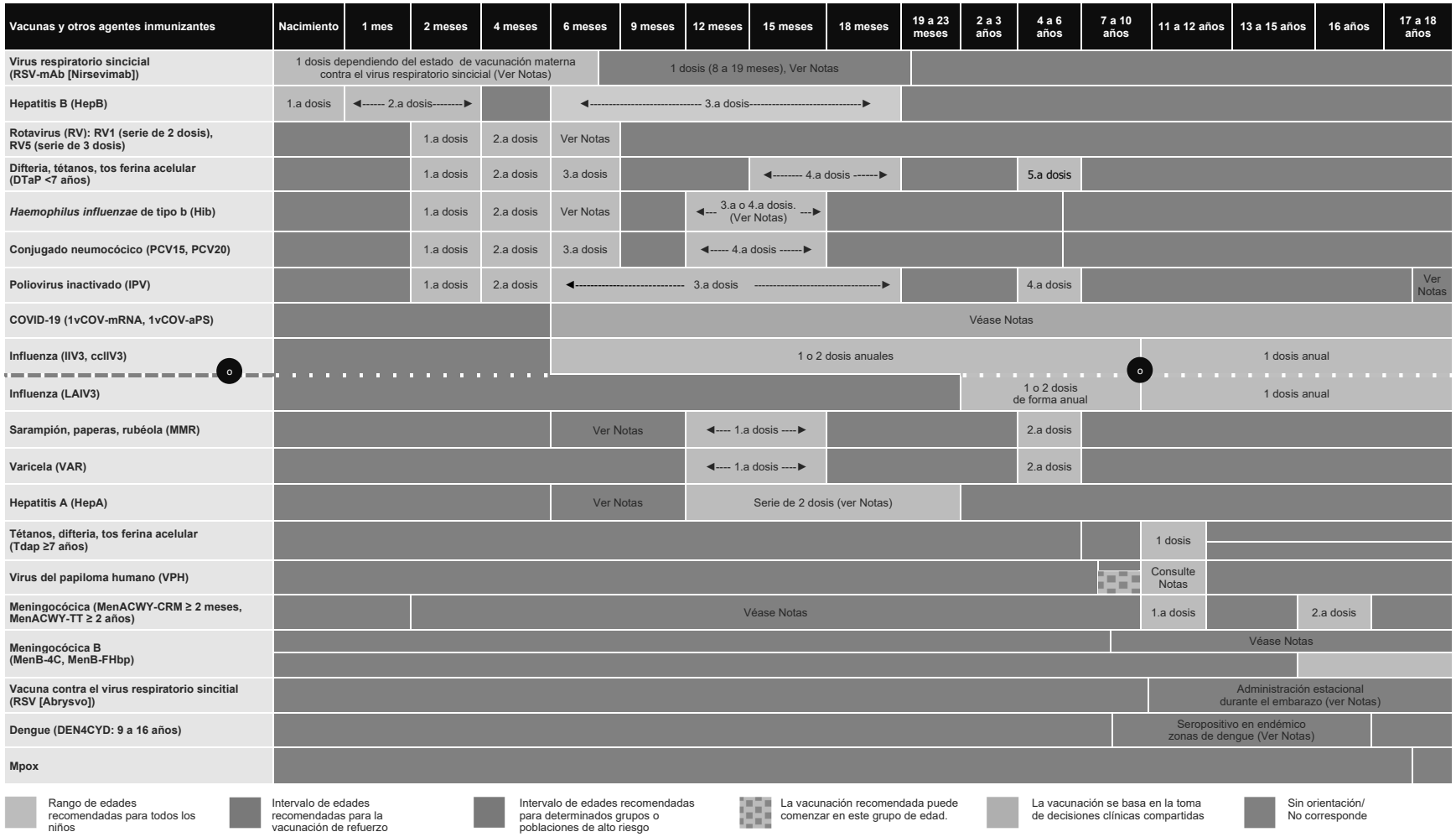


Tabla 2 Calendario recomendado de vacunación de refuerzo para niños y adolescentes que comienzan tarde o que tienen más de un mes de retraso, Estados Unidos, 2025

La siguiente tabla indica los programas de actualización y los intervalos mínimos entre dosis para niños que se hayan atrasado en las vacunas. No es necesario recomenzar una serie de vacunas, independientemente del tiempo que haya transcurrido entre las dosis. Utilizar la sección apropiada para la edad del niño. **Utilice siempre esta tabla junto con la Tabla 1 y las Notas que le siguen.**

Vacuna	Edad mínima para la 1.ª dosis	Intervalo mínimo entre dosis			
		Entre la 1.ª y la 2.ª dosis	Entre la 2.ª y la 3.ª dosis	Entre la 3.ª y la 4.ª dosis	Entre la 4.ª y la 5.ª dosis
Niños de 4 meses a 6 años					
Hepatitis B	Nacimiento	**4 semanas**	**8 semanas *y*, por lo menos, 16 semanas después de la primera dosis** la edad mínima para la dosis final es de 24 semanas		
Rotavirus	6 semanas La edad máxima para la primera dosis es de 14 semanas, 6 días.	**4 semanas**	**4 semanas** la edad máxima para la dosis final es de 8 meses, 0 días		
Difteria, tétanos y tos ferina	6 semanas	**4 semanas**	**4 semanas**	**6 meses**	**6 meses** No es necesaria una quinta dosis si la cuarta dosis se administró a la edad de 4 años o más ***y*** al menos 6 meses después de la 3.a dosis
Haemophilus influenzae tipo b	6 semanas	**No se necesitan más dosis** si la primera dosis se administró a la edad de 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 a la edad de 12 a 14 meses.	**No se necesitan más dosis** si la dosis previa se administró a la edad de 15 meses o más **4 semanas** si la edad actual es menos de 12 meses ***y*** la primera dosis se administró antes de los 7 meses ***y*** al menos 1 dosis previa fue PRP-T (ActHib, Pentacel o Hiberix), Vaxelis o desconocido **8 semanas *y* de 12 a 59 meses (como dosis final)** si la edad actual es menos de 12 meses ***y*** la primera dosis se administró entre los 7 y los 11 meses; **O** si la edad actual es de 12 a 59 meses ***y*** la primera dosis se administró antes del primer cumpleaños ***y*** la segunda dosis se administró antes los 15 meses; **O** si ambas dosis fueron PedvaxHIB y se administraron antes del primer cumpleaños	**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.	
Neumocócica conjugada	6 semanas	**No se necesitan más dosis** para niños sanos si la primera dosis se administró a la edad de 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	**No se necesitan más dosis** para niños sanos si la dosis previa se administró a la edad de 24 meses o más **4 semanas** si la edad actual es menos de 12 meses ***y*** la dosis previa se administró durante los primeros 7 meses **8 semanas (como dosis final para niños sanos)** si la dosis previa se administró a la edad de 7 a 11 meses (esperar hasta al menos la edad de 12 meses o más); **O** si la edad actual es de 12 meses o más ***y*** al menos 1 dosis se administró antes de la edad de 12 meses	**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**	**4 semanas** si la edad actual es <4 años **6 meses (como dosis final)** si la edad actual es de 4 años o más	**6 meses (edad mínima 4 años para la dosis final)**	
sarampión, paperas, rubéola	12 meses	**4 semanas**			
Varicela	12 meses	**3 meses**			
Hepatitis A	12 meses	**6 meses**			
Meningocócica ACWY	2 meses MenACWY-CRM 2 años MenACWY-TT	**8 semanas**	Véase Notas	Véase Notas	
Niños y adolescentes de 7 a 18 años					
Meningocócica ACWY	No corresponde (N/C)	**8 semanas**			
Tétanos, difteria; tétanos, difteria y tos ferina acelular	7 años	**4 semanas**	**4 semanas** si la primera dosis de DTaP/DT se administró antes del primer cumpleaños **6 meses (como dosis final)** si la primera dosis de DTaP/DT o Tdap/Td se administró en el primer cumpleaños o después	**6 meses** si la primera dosis de DTaP/DT se administró antes del primer cumpleaños	
Virus del papiloma humano	9 años	**Se recomiendan intervalos de rutina entre las dosis.**			
Hepatitis A	N/C	**6 meses**			
Hepatitis B	N/C	**4 semanas**	**8 semanas *y* por lo menos 16 semanas después de la primera dosis**		
Poliovirus inactivado	N/C	**4 semanas**	**6 meses** Una cuarta dosis no es necesaria si se administró la tercera dosis a los 4 años de edad o más ***y*** al menos 6 meses después de la dosis anterior.	Se indica una cuarta dosis de IPV si todas las dosis anteriores se administraron después de los 4 años de edad **O** si la tercera dosis <se administró más de 6 meses después de la segunda dosis.	
sarampión, paperas, rubéola	N/C	**4 semanas**			
Varicela	N/C	**3 meses** si tiene menos de 13 años. **4 semanas** si tiene 13 años o más			
Dengue	9 años	**6 meses**	6 meses		

Tabla 3 Calendario recomendado de inmunización para niños y adolescentes según indicación médica, Estados Unidos, 2025

Utilice siempre esta tabla junto con la Tabla 1 y las Notas que le siguen. Las afecciones médicas no suelen ser mutuamente excluyentes. Si tiene múltiples afecciones, consulte la orientación de todas las columnas relevantes. Véanse Notas para las afecciones médicas no incluidas en la lista.

Vacunas y otros agentes inmunizantes	Embarazo	Inmunodepresión (excluida la infección por VIH)	Infección por VIH porcentaje y recuento de CD4		Fuga de LCR o implante coclear	Asplenia o deficiencias persistentes de componentes del complemento	Cardiopatía 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						
VRS-mAb (nirsevimab)		2a temporada de RSV		1 dosis dependiendo del estado de vacunación materna contra el virus respiratorio sincicial (Ver Notas)			2.ª temporada de RSV para enfermedad pulmonar crónica (véase Notas)	1 dosis dependiendo del estado de vacunación materna contra el virus respiratorio sincicial (Ver Notas)		
Hepatitis B										
Rotavirus		SCID[b]								
Dtap/Tdap	DTaP Tdap: 1 dosis en cada embarazo									
Hib		HSCT: 3 dosis	Véase Notas			Véase Notas				
Neumocócica										
IPV										
COVID-19	Véase Notas	Pueden ser necesarias dosis adicionales (Ver Notas)		Véase Notas						
Influenza inactivada		Trasplante de órgano sólido: 18 años (véase Notas)								
LAIV3							Asma, sibilancia: 2-4 años[c]			
MMR	*									
VAR	*									
Hepatitis A										
HPV	*	Serie de 3 dosis (véase Notas)								
MenACWY										
MenB										
RSV(Abrysvo)	Administración estacional (Véase Notas)									
Dengue										
Mpox	Véase Notas									

Recomendada para todos los niños de edad adecuada que no tengan documentación de una serie de vacunación completa

No recomendada para todos los niños, pero recomendada para algunos niños en función de su mayor riesgo de contraer la enfermedad o de presentar desenlaces graves

La vacunación se basa en la toma de decisiones clínicas compartidas

Podrían ser necesarias dosis adicionales según la afección médica u otras indicaciones. Véase Notas.

Precaución: podría estar indicada si el beneficio de la protección supera el riesgo de una reacción adversa

Contraindicada o no recomendada. *Vacunar después del embarazo, si está indicado.

Sin orientación/ No corresponde

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

b. Inmunodeficiencia combinada grave

c. LAIV3 contraindicado para niños de 2-4 años de edad con asma o sibilancias durante los 12 meses anteriores

Notas Calendario recomendado de inmunización para niños y adolescentes de 18 años o menos, Estados Unidos, 2025

Para las recomendaciones de vacunación para las personas de 19 años o más, véase el Calendario recomendado de inmunización para adultos, 2025.

Información adicional

- Para calcular los intervalos entre dosis, 4 semanas = 28 días. Los intervalos de ≥4 meses se determinan por meses calendario.
- Dentro de un rango de números (por ejemplo, 12-18), un guion (–) debe leerse como "a".
- Las dosis de vacunas administradas ≤4 días antes de la edad o intervalo mínimo se consideran válidas. Las dosis de cualquier vacuna administrada ≥5 días antes de la edad mínima o intervalo mínimo no deben contabilizarse como válidas y deben repetirse según la edad apropiada. **La dosis repetida debe espaciarse después de la dosis inválida por el intervalo mínimo recomendado.** Para más detalles, véase la Tabla 3-2, Edades recomendadas y mínimas e intervalos entre dosis de vacunas, en la Guía general de mejores prácticas para la inmunización en www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/timing.html.
- La información sobre los requisitos y recomendaciones de vacunación para viajes está disponible en www.cdc.gov/travel/.
- Para la vacunación de personas con inmunodeficiencias, véase la Tabla 8-1, Vacunación de personas con inmunodeficiencias primarias y secundarias en la *Pautas generales de mejores prácticas para la inmunización* en www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/immunocompetence.html, and Immunization in Special Clinical Circumstances (en: Kimberlin DW, Barnett ED, Lynfield Ruth, Sawyer MH, eds. *Red Book: 2021–2024 Report of the Committee on Infectious Diseases*. 32nd ed. Itasca, IL: American Academy of Pediatrics; 2021:72–86).
- Para obtener información sobre la vacunación en el contexto de un brote de una enfermedad prevenible por vacunación, póngase en contacto con el departamento de salud de su localidad o estado.
- El Programa Nacional de Indemnización por Lesiones Causadas por Vacunas (VICP) es una alternativa sin atribución de culpa al sistema jurídico tradicional para resolver reclamaciones por lesiones relacionadas con vacunas. Todas las vacunas incluidas en el calendario de vacunas para niños y adolescentes están cubiertas por el VICP, excepto por las vacunas contra el dengue, PPSV23, RSV, Mpox y COVID-19. Las vacunas contra la Mpox y la COVID-19 están cubiertas por el Programa de Indemnización por Lesiones Causadas por Contramedidas (CICP). Para obtener más información, véase www.hrsa.gov/vaccinecompensation o www.hrsa.gov/cicp.

Vacunación contra la COVID-19
(edad mínima: 6 meses [Spikevax], 5 años [Comirnaty], 12 meses [mNexspike, Novaxovid])

Toma de decisiones clínicas compartidas

Vacunación basada en la toma de decisiones individuales, con énfasis en que la relación riesgo-beneficio de la vacunación es más favorable para las personas con mayor riesgo de padecer COVID-19 grave y más baja para las personas que no tienen un riesgo elevado según la lista de factores de riesgo de COVID-19 de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (véase www.cdc.gov/covid/hcp/clinical-care/underlying-conditions.html). Para obtener más información sobre la toma de decisiones clínicas compartidas, véase www.cdc.gov/acip/vaccine-recommendations/shared-clinical-decision-making.html

El calendario actual de vacunación contra la COVID-19 y la formulación de las dosis están disponibles en www.cdc.gov/covidschedule.

Se debe administrar un producto de vacuna contra la COVID-19 apropiado para la edad para cada dosis. No hay una recomendación preferente para el uso de una vacuna contra la COVID-19 sobre otra cuando se dispone de más de una vacuna recomendada apropiada para la edad.

ESPACIO BLANCO INTENCIONALMENTE DEJADO EN BLANCO

Vacunación contra el dengue
(edad mínima: 9 años)

Vacunación de rutina

- Niños de 9 a 16 años que viven en zonas endémicas de dengue **Y** tienen confirmación de laboratorio de infección por dengue previa : serie de 3 dosis administrada a los 0, 6 y 12 meses
- Las zonas endémicas incluyen a Puerto Rico, American Samoa, US Virgin Islands, Federated States of Micronesia, Republic of Marshall Islands, y la Republic of Palau. Para acceder a la orientación actualizada sobre las zonas endémicas de dengue y las pruebas de laboratorio previas a la vacunación, véase www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/rr/rr7006a1.htm?s_cid=rr7006a1_w y www.cdc.gov/dengue/index.html
- La vacuna contra el dengue no debe administrarse a niños que viajarán o visitarán zonas endémicas de dengue.

Vacunación contra difteria, tétanos y tos ferina (DTaP) (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 de edad, seguida de dosis de refuerzo a las edades de 15-18 meses y 4-6 años)
  - **De manera prospectiva:** La dosis 4 puede administrarse a partir de los 12 meses si han transcurrido al menos 6 meses desde la dosis 3.
  - **De manera retrospectiva:** Se puede contar una 4.ª que se administró inadvertidamente a los 12 meses si han transcurrido al menos 4 meses desde la dosis 3.

Vacunación de recuperación

- La dosis 5 no es necesaria si la dosis 4 se administró a la edad de 4 años o más y al menos 6 meses después de la dosis 3.
- Para otras orientaciones sobre de la vacunación de recuperación, véase la Tabla 2.

Situaciones especiales

- **Niños menores de 7 años con una contraindicación específica para el componente de tos ferina de la vacuna DTaP:** Se podría 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 pertussis de la vacuna DTaP. Para obtener más información, véase www.cdc.gov/pertussis/hcp/vaccine-recommendations/td-offlabel.html.
- **Manejo de heridas en niños menores de 7 años con antecedentes de 3 o más dosis de vacuna que contenga 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 con toxoide tetánico. Para acceder a información detallada, véase www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/rr/rr6702a1.htm.

Vacunación contra 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 de edad, seguida de una dosis de refuerzo* a la edad de 12–15 meses)
  - * No se recomienda el uso de Vaxelis como dosis de refuerzo. Se debe utilizar una vacuna diferente que contenga Hib para la dosis de refuerzo.
- **PedvaxHIB:** Serie de 3 dosis (serie primaria de 2 dosis a los 2 y 4 meses de edad, seguida de una dosis de refuerzo a la edad de 12–15 meses)
- **Lactantes indígenas estadounidenses y nativos de Alaska:** Se prefiere Vaxelis y PedvaxHIB por encima de otras vacunas con Hib para la serie primaria.

Vacunación de recuperación

- **Dosis 1 a la edad de 7 a 11 meses:** Administrar la dosis 2 al menos 4 semanas después de la dosis 3 (dosis final) a la edad de 12 a 15 meses u 8 semanas después de la dosis 2 (lo que ocurra después).
- **Dosis 1 a la edad de 12 a 14 meses:** Administrar la dosis 2 (dosis final) al menos 8 semanas después de la dosis 1.
- **Dosis 1 antes de la edad de 12 meses y dosis 2 antes de la edad de 15 meses:** Administrar la dosis 3 (dosis final) al menos 8 semanas después de la dosis 2.
- **2 dosis de PedvaxHIB antes de la edad de 12 meses:** Administrar la dosis 3 (dosis final) a la edad de 12 a 59 meses y al menos 8 semanas después de la dosis 2.
- **1 dosis administrada a la edad de 15 meses o más:** No se necesitan más dosis
- **No vacunados a la edad de 15 a 59 meses:** Administrar 1 dosis.
- **Niños de 60 meses o más no vacunados previamente que no se consideran de alto riesgo:** No se requiere vacunación de recuperación.

Para otras orientaciones sobre de la vacunación de recuperación, véase la Tabla 2. Se puede utilizar Vaxelis para la vacunación de recuperación en niños menores de 5 años. Se debe seguir el calendario de vacunación de recuperación si se utiliza Vaxelis para una o más dosis. Para acceder a información detallada sobre el uso de Vaxelis, véase www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6905a5.htm.

Situaciones especiales

- **Quimioterapia o tratamiento con radiación:**
  Edad 12–59 meses
  - No vacunados o sólo 1 dosis antes de los 12 meses de edad: 2 dosis, separadas 8 semanas
  - 2 o más dosis antes de los 12 meses de edad: 1 dosis al menos 8 semanas después de la dosis previa

  Las dosis administradas dentro de los 14 días siguientes al inicio del tratamiento o durante el tratamiento deben repetirse al menos 3 meses después de la finalización del tratamiento.
- **Trasplante de células madre hematopoyéticas (HSCT):**
  - Serie de 3 dosis separadas 4 semanas comenzando 6 a 12 meses después del trasplante exitoso, independientemente del historial de vacunación con Hib
- **Asplenia anatómica o funcional (incluida la enfermedad de células falciformes):**
  Edad 12–59 meses
  - No vacunados o sólo 1 dosis antes de los 12 meses de edad: 2 dosis, separadas 8 semanas
  - 2 o más dosis antes de los 12 meses de edad: 1 dosis al menos 8 semanas después de la dosis previa

  Personas no vacunadas* de 5 años o más
  - 1 dosis
- **Esplenectomía electiva:**
  Personas no vacunadas* de 15 meses o más
  - 1 dosis (preferiblemente al menos 14 días antes del procedimiento)
- **Infección por VIH:**
  Edad 12–59 meses
  - No vacunados o sólo 1 dosis antes de los 12 meses de edad: 2 dosis, separadas 8 semanas
  - 2 o más dosis antes de los 12 meses de edad: 1 dosis al menos 8 semanas después de la dosis previa

  Personas no vacunadas* de 5-18 años
  - 1 dosis
- **Deficiencia de inmunoglobulinas, deficiencia de componentes tempranos del complemento o uso de inhibidores de componentes tempranos del complemento:**
  Edad 12–59 meses
  - No vacunados o sólo 1 dosis antes de los 12 meses de edad: 2 dosis, separadas 8 semanas
  - 2 o más dosis antes de los 12 meses de edad: 1 dosis al menos 8 semanas después de la dosis previa

* *No vacunados* = Menos que las series de rutina (hasta la edad de 14 meses) **o** sin dosis (edad de 15 meses o más)

Vacunación 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 la edad de 12 a 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 recibieron previamente 1 dosis a la edad de 12 meses o más deben recibir la dosis 2 al menos 6 meses después de la dosis 1.
- Los adolescentes de 18 años 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 a 30 días, seguidas de una dosis de refuerzo a los 12 meses).

Viajes internacionales

- Personas que viajan o trabajan en países con tasa alta o intermedia de hepatitis A endémica (www.cdc.gov/travel/):
  - **Lactantes de 6 a 11 meses:** 1 dosis antes de la salida; volver a vacunar con 2 dosis (separadas por al menos 6 meses) entre los 12 a 23 meses.
  - **No vacunados de 12 meses o más:** Administrar la dosis 1 tan pronto como se considere un viaje.

ESPACIO BLANCO INTENCIONALMENTE DEJADO EN BLANCO

Vacunación contra la hepatitis B
(edad mínima: nacimiento)

Vacunación de rutina

• **La madre es HBsAg negativa**
- Serie de 3 dosis a la edad de 0, de 1 a 2, de 6 a 18 meses **(usar vacuna monovalente HepB para dosis administradas antes de las 6 semanas de edad)**
  • Peso al nacer ≥2,000 gramos: 1 dosis dentro de las 24 horas posteriores al nacimiento si es médicamente estable
  • Peso al nacer <2,000 gramos: 1 dosis a la edad cronológica de 1 mes o al momento del alta hospitalaria (lo que sea anterior e incluso si el peso sigue siendo <2,000 gramos)
- Los lactantes que no recibieron una dosis al nacer deben comenzar la serie tan pronto como sea posible (véase 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 (véase la Tabla 2):** cuando se administran 4 dosis, sustituir "dosis 4" por "dosis 3" en estos cálculos.
- **Dosis final (3.ª o 4.ª):** Edad de 6 a 18 meses **(edad mínima 24 semanas)**

• **La madre es HBsAg positiva**
- **Dosis de nacimiento (sólo vacuna HepB monovalente):** administrar **la vacuna contra la HepB** y **la inmunoglobulina contra la hepatitis B (HBIG)** en extremidades distintas dentro de las 12 horas posteriores al nacimiento, independientemente del peso al nacer.
- **Peso al nacer <2000 gramos:** administrar 3 dosis adicionales de vacuna HepB comenzando a la edad de 1 mes (total de 4 dosis).
- **Dosis final (3.ª o 4.ª):** administrar a la edad de 6 meses **(edad mínima 24 semanas).**
- Probar para detectar HBsAg y anti-HBs a la edad de 9-12 meses. Si la serie de HepB se retrasa, analizar 1-2 meses después de la dosis final. No realizar la prueba antes de los 9 meses.

• **La madre es HBsAg desconocido**
Si existe otra evidencia que sugiera infección materna por el virus de la hepatitis B (p. ej., presencia de ADN del VHB, HBeAg positivo o madre con infección crónica por hepatitis B conocida), manejar al lactante como si la madre fuera HBsAg positiva.
- **Dosis de nacimiento (sólo vacuna HepB monovalente):**
  • Peso al nacer ≥2,000 gramos: administrar la **vacuna contra HepB** en un plazo de 12 horas posteriores al nacimiento. Determinar el estado de HBsAg de la madre tan pronto como sea posible. Si se determina que la madre es HBsAg positiva, administrar **la inmunoglobulina contra la hepatitis B** tan pronto como sea posible (en una extremidad diferente), pero no más tarde de los 7 días.
  • Peso al nacer <2,000 gramos: administrar **la vacuna contra la HepB** y **la inmunoglobulina contra la hepatitis B** (en extremidades distintas) dentro de las 12 horas posteriores al nacimiento. Administrar 3 dosis adicionales de **vacuna HepB** comenzando a la edad de 1 mes (total de 4 dosis).
- **Dosis final (3.ª o 4.ª):** administrar a la edad de 6 meses **(edad mínima 24 semanas).**
- Si se determina que la madre es HBsAg positiva o si el estado permanece desconocido, probar para detectar HBsAg y anti-HBs a la edad de 9 a 12 meses. Si la serie de HepB se retrasa, analizar 1–2 meses después de la dosis final. No realizar la prueba antes de los 9 meses de edad.

Vacunación de recuperación
• Las personas no vacunadas deben completar una serie de 3 dosis a los 0, 1–2, 6 meses. Véase la Tabla 2 para conocer los intervalos mínimos.
• Los adolescentes de 11 a 15 años de edad pueden utilizar un calendario alternativo de 2 dosis con al menos 4 meses entre dosis (formulación para adultos **Recombivax HB** solamente).
• Los adolescentes de 18 años podrían recibir:
- **Heplisav-B:** Serie de 2 dosis separadas al menos 4 semanas
- **PreHevbrio*:** 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 a 30 días, seguido de una dosis de refuerzo a los 12 meses).

Situaciones especiales
• La revacunación generalmente no se recomienda para personas con un estado inmunitario normal que se vacunaron cuando eran lactantes, niños, adolescentes o adultos.
• **Pruebas serológicas posteriores a la vacunación y la revacunación**
(si anti-HBs <10 mIU/ml) se recomienda para ciertas poblaciones, incluidos:
- Lactantes nacidos de madres HBsAg positivas
- Personas en etapa predialítica o en diálisis de mantenimiento
- Otras personas inmunodeprimidas
- Para conocer las recomendaciones de revacunación detalladas, véase www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/rr/rr6701a1.htm.

*** Nota:** PreHevbrio no se recomienda en el embarazo debido a la falta de datos de seguridad en mujeres embarazadas.

Vacunación contra el virus del papiloma humano
(edad mínima: 9 años)

Vacunación de rutina y de recuperación
• La vacunación contra el VPH se recomienda de forma rutinaria a **la edad de 11 a 12 años (puede comenzar a los 9 años)** y se recomienda la vacunación contra el VPH para todas las personas hasta los 18 años si no se han vacunado adecuadamente.
• Serie de 2 o 3 dosis dependiendo de la edad en la vacunación inicial:
- **Edad de 9 a 14 años en la vacunación inicial:** Serie de 2 dosis a los 0, de 6 a 12 meses (intervalo mínimo: 5 meses; repetir la dosis si se administra demasiado pronto)
- **Edad 15 años o más en la vacunación inicial:** Serie de 3 dosis a 0, de 1 a 2 meses, 6 meses (intervalos mínimos: dosis 1 a dosis 2 = 4 semanas; dosis 2 a dosis 3 = 12 semanas; dosis 1 a dosis 3 = 5 meses; repetir dosis si se administra demasiado pronto)
• No se recomienda ninguna dosis adicional cuando se ha completado cualquier serie de vacunas contra el VPH **de cualquier valencia** utilizando los intervalos de dosificación recomendados.

Situaciones especiales
• **Afecciones inmunodepresoras, incluida la infección por VIH:** Serie de 3 dosis, incluso para aquellos que inician la vacunación a la edad de 9 a 14 años.
• **Antecedentes de abuso o agresión sexual:** Iniciar a la edad de 9 años
• **Embarazo:** No es necesario realizar pruebas de embarazo antes de la vacunación; no se recomienda la vacunación contra el VPH hasta después del embarazo; no es necesaria ninguna intervención si se vacuna durante el embarazo

ESPACIO BLANCO INTENCIONALMENTE DEJADO EN BLANCO

Notas Calendario recomendado de inmunización para niños y adolescentes de 18 años o menos, Estados Unidos, 2025

Vacunación contra la influenza
(edad mínima: 6 meses [IIV3], 2 años [LAIV3], 18 años [vacuna contra la influenza recombinante, RIV3])

Vacunación de rutina
- Usar anualmente cualquier vacuna contra la influenza apropiada para la edad y el estado de salud:
  - **De 6 meses a 8 años** que han recibido menos de 2 dosis de vacuna contra la influenza antes del 1 de julio de 2024, o cuyo historial de vacunación contra la influenza se desconoce: 2 dosis, separadas por al menos 4 semanas. Administrar la dosis 2 incluso si el niño cumple 9 años entre la recepción de la dosis 1 y la dosis 2.
  - **De 6 meses a 8 años** que han recibido al menos 2 dosis de vacuna contra la influenza antes del 1 de julio de 2024: 1 dosis.
  - **Edad igual o superior a 9 años:** 1 dosis
  - **Receptores de trasplante de órgano sólido de 18 años que reciben medicamentos inmunosupresores:** las vacunas inactivadas de dosis alta (HD-IIV3) y las vacunas inactivadas potenciadas (aIIV3) son opciones aceptables. No hay preferencia sobre otras IIV3 o RIV3 apropiadas para la edad.
- Para la temporada 2024-25, véase www.cdc.gov/mmwr/volumes/73/rr/rr7305a1.htm.
- Para la temporada 2025-26, véase las recomendaciones de la vacunación contra la influenza del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación 2025-26.

Situaciones especiales
- **Contactos cercanos (por ejemplo, contactos domésticos) de personas con inmunosupresión grave que requieren un entorno protegido:** no deben recibir LAIV3. Si se administra LAIV3, deben evitar tener contacto con estas personas con inmunosupresión o cuidar de ellas durante 7 días después de la vacunación.

Nota: Las personas con alergia al huevo pueden recibir cualquier vacuna contra la influenza (basada en huevo o no basada en huevo) apropiada para la edad y el estado de salud.

Vacunación contra el sarampión, las paperas y la rubéola
(edad mínima: 12 meses para la vacunación de rutina)

Vacunación de rutina
- Serie de 2 dosis de los 12 a los 15 meses, de los 4 a los 6 años

Vacunación de recuperación
- **Niños y adolescentes no vacunados:** Serie de 2 dosis con al menos 4 semanas de diferencia*

Situaciones especiales
- **Viajes internacionales**
  - **Lactantes de 6–11 meses:** 1 dosis antes de la salida; revacunar con serie de 2 dosis a la edad de 12 a 15 meses (12 meses para niños en zonas de alto riesgo) y dosis 2 tan pronto como 4 semanas después*.
  - **Niños de 12 meses o más:**
    - No vacunados: Serie de 2 dosis (con al menos 4 semanas de diferencia*) antes de la salida
    - 1 dosis recibida previamente: administrar la dosis 2 al menos 4 semanas después de la dosis 1*
- En situaciones de brote de paperas, para información sobre dosis adicionales de MMR (incluida la 3.ª dosis de MMR), véase www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/wr/mm6701a7.htm

***Nota:** No se recomienda MMRV para niños de 12 a 47 meses ni para jóvenes de 13 a 18 años. El intervalo mínimo entre las dosis de MMRV es de 3 meses.

ESPACIO BLANCO
INTENCIONALMENTE
DEJADO EN BLANCO

Vacunación contra los serogrupos meningocócicos A, C, W e 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 a la edad de 11 a 12 años; 16 años

Vacunación de recuperación
- **Edad 13-15 años:** 1 dosis ahora y refuerzo a la edad de 16-18 años (intervalo mínimo: 8 semanas)
- **Edad 16-18 años:** 1 dosis

Situaciones especiales
Asplenia anatómica o funcional (incluida la enfermedad de células falciformes), infección por VIH, deficiencias persistentes de componentes del complemento, uso de inhibidores de componentes del complemento (p. ej., eculizumab, ravulizumab):
- **Menveo***
  - Dosis 1 a la edad de 2 meses: Serie de 4 dosis (3 dosis adicionales a la edad de 4, 6 y 12 meses)
  - Dosis 1 a la edad de 3-6 meses: Serie de 3 o 4 dosis (dosis 2 [y dosis 3 si procede] al menos 8 semanas después de la dosis anterior hasta que se reciba una dosis a la edad de 7 meses o más, seguida de una dosis adicional al menos 12 semanas después y después de la edad de 12 meses)
  - Dosis 1 a la edad de 7-23 meses: Serie de 2 dosis (dosis 2 al menos 12 semanas después de la dosis 1 y posterior a la edad de 12 meses)
  - Dosis 1 a la edad de 24 meses o más: Serie de 2 dosis separadas al menos 8 semanas
- **MenQuadfi**
  - Dosis 1 a la edad de 24 meses o más: Serie de 2 dosis separadas al menos 8 semanas

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* (edad de 2-23 meses)**
    - Dosis 1 a la edad de 2 meses: Serie de 4 dosis (3 dosis adicionales a la edad de 4, 6 y 12 meses)
    - Dosis 1 a la edad de 3-6 meses: Serie de 3 o 4 dosis (dosis 2 [y dosis 3 si procede] al menos 8 semanas después de la dosis anterior hasta que se reciba una dosis a la edad de 7 meses o más, seguida de una dosis adicional al menos 12 semanas después y después de la edad de 12 meses)
    - Dosis 1 a la edad de 7-23 meses: Serie de 2 dosis (dosis 2 al menos 12 semanas después de la dosis 1 y posterior a la edad de 12 meses)

Vacunación contra los serogrupos meningocócicos A, C, W e Y - *continuación*

- **Niños de 2 años o más:** 1 dosis de Menveo* o MenQuadfi

Estudiantes universitarios de primer año que viven en residencias (si no han sido vacunados previamente a la edad de 16 años o más) o reclutas militares: 1 dosis de Menveo* o MenQuadfi

Vacunación en la adolescencia de niños que recibieron MenACWY antes de la edad de 10 años:

- **Niños para los que se recomiendan refuerzos debido a un riesgo creciente de enfermedad meningocócica** (por ejemplo, aquellos con deficiencias de componentes del complemento, VIH o asplenia): Seguir el calendario de refuerzo para las personas con mayor riesgo.
- **Niños para los que no se recomiendan refuerzos** (por ejemplo, un niño sano que recibió una dosis única para viajar a un país en el que la enfermedad meningocócica es endémica): Administrar MenACWY según el calendario recomendado para adolescentes con la dosis 1 a la edad de 11-12 años y la dosis 2 a la edad de 16 años.

* *Menveo tiene dos fórmulas: liofilizada y líquida. La formulación líquida no debe utilizarse antes de los 10 años, véase www.cdc.gov/vaccines/vpd/mening/downloads/menveo-single-vial-presentation.pdf*

Nota: Para acceder a las **recomendaciones de dosis de refuerzo** de MenACWY para los grupos que se listan en "Situaciones especiales" y en un entorno de brote e información adicional sobre la vacunación meningocócica, véase www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/rr/rr6909a1.htm.

Los niños de 10 años o más podrían recibir una dosis única de Penbraya como alternativa a la administración separada de MenACWY y MenB cuando ambas vacunas se administrarían el mismo día clínico (véase la sección "Vacunación contra el serogrupo meningocócico B" a continuación para obtener más información).

ESPACIO EN BLANCO INTENCIONADAMENTE DEJADO EN BLANCO

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

Toma de decisiones clínicas compartidas

- **Adolescentes que no tienen mayor riesgo de edad de 16 a 23 años (edad preferida de 16 a 18 años)* en función de la toma de decisiones clínicas compartidas.**
  - **Bexsero o Trumenba (utilizar la misma marca para todas las dosis):** Serie de 2 dosis separadas al menos 6 meses (si la dosis 2 se administra en menos de 6 meses, administrar la dosis 3 al menos 4 meses después de la dosis 2)

* Para optimizar la protección rápida (por ejemplo, para estudiantes que comienzan la universidad en menos de 6 meses), se podría administrar una serie de 3 dosis (0, de 1 a 2, 6 meses).

Para obtener más información sobre la toma de decisiones clínicas compartidas para MenB, véase 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), deficiencias persistentes de componentes del complemento, uso de inhibidores de componentes del complemento (p. ej., eculizumab, ravulizumab).

- **Bexsero o Trumenba (utilizar la misma marca para todas las dosis, incluso para las dosis de refuerzo)** serie de 3 dosis a los 0, de 1 a 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 4 meses después de la dosis 2, se debe administrar una 4.ª dosis al menos 4 meses después de la dosis 3)

Para acceder a las **recomendaciones de dosis de refuerzo** de MenB para los grupos que se listan en "Situaciones especiales" y en un entorno de brote e información adicional sobre la vacunación meningocócica, véase www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/rr/rr6909a1.htm.

Nota: Las vacunas MenB podrían administrarse simultáneamente con vacunas MenACWY si se indica, pero en una zona anatómica diferente, si es factible.

Los niños de 10 años o más podrían recibir una dosis única de Penbraya (MenACWY-TT/MenB-FHbp) como alternativa a la administración separada de MenACWY y MenB cuando ambas vacunas se administrarían el mismo día clínico. En el caso de niños de edad elegible que no presenten un mayor riesgo, si se utiliza Penbraya para la dosis 1 de MenB, se debe administrar MenB-FHbp (Trumenba) para la dosis 2 de MenB. En el caso de niños de edad elegible que presentan un mayor riesgo de enfermedad meningocócica, se podría utilizar Penbraya para dosis adicionales de MenACWY y MenB (incluyendo dosis de refuerzo) si ambas se administrarían el mismo día clínico **y** han transcurrido al menos 6 meses desde la dosis más reciente de Penbraya.

vacunación contra la viruela símica (edad mínima: 18 años [Jynneos])

Situaciones especiales

- **Edad de 18 años y riesgo de infección por viruela símica:** completar serie de 2 dosis, separadas 28 días.

  Los factores de riesgo para la infección por la viruela símica incluyen:
  - Homosexuales, bisexuales u otros HSH, o una persona que tiene sexo con homosexuales, bisexuales u otros HSH que en los últimos 6 meses ha tenido uno de los siguientes:
    - Un nuevo diagnóstico de al menos 1 enfermedad de transmisión sexual
    - Más de 1 pareja sexual
    - Sexo en un lugar de sexo comercial
    - Sexo en asociación con un gran acontecimiento público en una zona geográfica en la que se está produciendo la transmisión de la viruela símica
  - 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 Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización para el uso de Jynneos en el embarazo debido a la falta de datos de seguridad en mujeres embarazadas. Las mujeres embarazadas con cualquier factor de riesgo descrito anteriormente podrían recibir Jynneos.

Para acceder a información detallada, véase www.cdc.gov/mpox/hcp/vaccine-considerations/vaccination-overview.html

ESPACIO EN BLANCO INTENCIONADAMENTE DEJADO EN BLANCO

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

Vacunación de rutina con PCV

- Serie de 4 dosis a los 2, 4, 6, de 12 a 15 meses

Vacunación de recuperación con PCV

- Niños sanos de edad de 2 a 4 años con alguna serie incompleta* Serie PCV: 1 dosis de PCV
- Para otras orientaciones sobre de la vacunación de recuperación, véase la Tabla 2.

Nota: Para niños **sin** condiciones de riesgo, no está indicada PCV20 si han recibido 4 dosis de PCV13 o PCV15 u otra serie completa de PCV apropiada para la edad.

Situaciones especiales

Niños y adolescentes con fuga de líquido cefalorraquídeo; cardiopatía crónica; enfermedad renal crónica (excluyendo diálisis de mantenimiento y síndrome nefrótico); enfermedad hepática crónica; enfermedad pulmonar crónica (incluyendo asma persistente moderada o persistente grave); implante coclear; o diabetes mellitus:

Edad 2–5 años

- Cualquier serie incompleta* de PCV 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 administradas con al menos 8 semanas de separación)
- Serie de PCV recomendada completada pero no ha recibido PPSV23.
  - Recibió previamente al menos 1 dosis de PCV20: no se necesitan más dosis de PCV o PPSV23
  - No recibió previamente PCV20: administrar 1 dosis de PCV20 o 1 dosis de PPSV23 al menos 8 semanas después de la dosis de PCV más reciente.

Edad 6-18 años

- No recibió previamente ninguna dosis de PCV13, PCV15 o PCV20: administrar 1 dosis de PCV15 o PCV20. Si se usa PCV15 y no se ha recibido previamente PPSV23, administrar 1 dosis de PPSV23 al menos 8 semanas después de la dosis de PCV15**.
- Recibió PCV antes de la edad de 6 años pero no ha recibido PPSV23
  - Recibió previamente al menos 1 dosis de PCV20: no se necesitan más dosis de PCV o PPSV23
  - No recibió previamente PCV20: 1 dosis de PCV20 o 1 dosis de PPSV23. Administrar al menos 8 semanas después de la dosis de PCV más reciente.
- Recibió PCV13 únicamente a la edad de 6 años o después: administrar 1 dosis de PCV20 o 1 dosis de PPSV23 al menos 8 semanas después de la dosis de PCV13 más reciente.
- Recibió 1 dosis de PCV13 y 1 dosis de PPSV23 a la edad de 6 años o después: no se indican más dosis de PCV o PPSV23.

Niños y adolescentes en diálisis de mantenimiento, o con afecciones inmunodepresoras tales como síndrome nefrótico; asplenia congénita o adquirida o disfunción esplénica; inmunodeficiencias congénitas o adquiridas; enfermedades y afecciones tratadas con fármacos inmunosupresores o radioterapia, incluyendo neoplasias malignas, leucemias, linfomas, enfermedad de Hodgkin y trasplante de órganos sólidos; infección por VIH; o enfermedad de células falciformes u otras hemoglobinopatías:

Edad 2–5 años

- Cualquier serie incompleta* de PCV:
  - 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 administradas con al menos 8 semanas de separación)
- Serie de PCV recomendada completada pero no ha recibido PPSV23.
  - Recibió previamente al menos 1 dosis de PCV20: no se necesitan más dosis de PCV o PPSV23
  - No recibió previamente PCV20: administrar 1 dosis de PCV20 o 1 dosis de PPSV23 al menos 8 semanas después de la dosis de PCV más reciente. Si se usa PPSV23, administrar 1 dosis de PCV20 o dosis 2 de PPSV23 al menos 5 años después de la dosis 1 de PPSV23.

Edad 6–18 años

- No recibió previamente ninguna dosis de PCV13, PCV15 o PCV20: administrar 1 dosis de PCV15 o 1 dosis de PCV20. Si se usa PCV15 y no se ha recibido previamente PPSV23, administrar 1 dosis de PPSV23 al menos 8 semanas después de la dosis de PCV15**.
- Recibió PCV antes de la edad de 6 años pero no ha recibido PPSV23
  - Recibió previamente al menos 1 dosis de PCV20: sin dosis adicional de PCV o PPSV23
  - No recibió previamente PCV20: administrar 1 dosis de PCV20 o 1 dosis de PPSV23 al menos 8 semanas después de la dosis de PCV más reciente. Si se usa PPSV23, administrar PCV20 o dosis 2 de PPSV23 al menos 5 años después de la dosis 1 de PPSV23.
- Recibió PCV13 únicamente a la edad de 6 años o después: administrar 1 dosis de PCV20 o 1 dosis de PPSV23 al menos 8 semanas después de la dosis de PCV13 más reciente. Si se usa PPSV23, administrar 1 dosis de PCV20 o dosis 2 de PPSV23 al menos 5 años después de la dosis 1 de PPSV23.
- Recibió 1 dosis de PCV13 y 1 dosis de PPSV23 a la edad de 6 años o después: 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 dosis 1 de PPSV23.

Embarazo: ninguna recomendación para PCV o PPSV23 debido a datos limitados. Puede encontrar el resumen de los datos existentes sobre la vacunación contra el neumococo durante el embarazo en www.cdc.gov/mmwr/volumes/72/rr/rr7203a1.htm

Para recibir orientación sobre la determinación de qué vacunas contra el neumococo necesita un paciente y cuándo, consulte la aplicación móvil que puede descargarse aquí: wcms-wp.cdc.gov/pneumococcal/hcp/vaccine-recommendations/app.html

** Serie incompleta* = No haber recibido todas las dosis en la serie recomendada o en una serie de recuperación apropiada para la edad. Véase la Tabla 2 de las recomendaciones sobre vacunas contra el neumococo del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización en stacks.cdc.gov/view/cdc/133252

***Cuando se indican tanto PCV15 como PPSV23, administrar primero todas las dosis de PCV15. PCV15 y PPSV23 no deben administrarse durante la misma visita.*

Notas Calendario recomendado de inmunización para niños y adolescentes de 18 años o menos, Estados Unidos, 2025

Vacunación contra el poliovirus
(edad mínima: 6 semanas)

Vacunación de rutina

- Serie de 4 dosis a las edades de 2, 4, 6–18 meses, 4-6 años; administrar la dosis final a la edad de 4 años o después y al menos 6 meses después de la dosis anterior.
- Se pueden administrar 4 o más dosis de IPV antes de la edad de 4 años cuando se usa una vacuna de combinación que contiene IPV. Sin embargo, todavía se recomienda una dosis a partir de la edad de 4 años y al menos 6 meses después de la dosis anterior.

Vacunación de recuperación

- En los primeros 6 meses de vida, utilizar edades e intervalos mínimos sólo para viajes a una región endémica de poliomielitis o durante un brote.
- **Adolescentes de 18 años que se sabe o se sospecha que no están vacunados o cuya vacunación está incompleta:** administrar las dosis restantes (1, 2 o 3 de IPV) para completar la serie primaria de 3 dosis*. A menos que haya razones específicas para creer que no fueron vacunados, la mayoría de las personas de 18 años o más nacidas y criadas en los Estados Unidos pueden suponer que fueron vacunadas contra la poliomielitis cuando eran niños.

Serie que contiene la vacuna oral contra el poliovirus (OPV), ya sea una serie mixta OPV-IPV o solo OPV:

- El número total de dosis necesarias para completar la serie es el mismo que el recomendado para el calendario de IPV de los Estados Unidos. www.cdc.gov/mmwr/volumes/66/wr/mm6601a6.htm?s_%20cid=mm6601a6_w.
- Sólo la OPV trivalente (tOPV) cuenta hacia los requisitos de vacunación de 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 el 1 de abril de 2016 o después de esa fecha no deben contarse.
  - Para acceder orientación para evaluar las dosis documentadas como "OPV", véase www.cdc.gov/mmwr/volumes/66/wr/mm6606a7.htm?s_cid=mm6606a7_w.
- Para otras orientaciones sobre de la vacunación de recuperación, véase la Tabla 2.

Situaciones especiales

- **Adolescentes de 18 años con mayor riesgo de exposición al poliovirus y serie primaria completa*:** se podría administrar un refuerzo de IPV de por vida

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

Para acceder a información detallada, véase: www.cdc.gov/vaccines/vpd/polio/hcp/recommendations.html

Inmunización contra el virus respiratorio sincitial
(edad mínima: nacimiento [nirsevimab, RSV-mAb, Beyfortus])

Inmunización de rutina

- **Lactantes nacidos de octubre a marzo en la mayoría de las partes continentales de los Estados Unidos***
  - La madre no recibió la vacuna contra el RSV o se desconoce el estado de vacunación de la madre contra el RSV o la madre recibió la vacuna contra el RSV en un embarazo anterior: administrar 1 dosis de nirsevimab en el plazo de 1 semana desde el nacimiento (idealmente durante la hospitalización del nacimiento).
  - La madre recibió la vacuna contra el RSV **menos de 14 días** antes del parto: administrar 1 dosis de nirsevimab en el plazo de 1 semana desde el nacimiento (idealmente durante la hospitalización del nacimiento).
  - La madre recibió la vacuna contra el RSV **al menos 14 días** antes del parto: nirsevimab no es necesario, pero puede considerarse en raras circunstancias a discreción de los proveedores de cuidado de la salud (véase www.cdc.gov/vaccines/vpd/rsv/hcp/child-faqs.html)
- **Lactantes nacidos de abril a septiembre en la mayoría de los Estados Unidos continentales***
  - La madre no recibió la vacuna contra el RSV o se desconoce el estado de vacunación de la madre contra el RSV o la madre recibió la vacuna contra el RSV en un embarazo anterior: administrar 1 dosis de nirsevimab poco antes del inicio de la temporada de RSV*.
  - La madre recibió la vacuna contra el RSV **menos de 14 días** antes del parto: administrar 1 dosis de nirsevimab poco antes del inicio de la temporada de RSV*.
  - La madre recibió la vacuna contra el RSV **al menos 14 días** antes del parto: nirsevimab no es necesario, pero puede considerarse en raras circunstancias a discreción de los proveedores de cuidado de la salud (véase www.cdc.gov/vaccines/vpd/rsv/hcp/child-faqs.html)

Los lactantes con hospitalización de nacimiento prolongada** (por ejemplo, por prematuridad) dados de alta de octubre a marzo deben inmunizarse poco antes o inmediatamente después del alta.

Situaciones especiales

- **Edades de 8 a 19 meses con enfermedad pulmonar crónica de la prematuridad que requirió apoyo médico (p. ej., tratamiento crónico con corticosteroides, tratamiento con diuréticos u oxigenoterapia suplementaria) en cualquier momento durante los 6 meses previos al inicio de la segunda temporada de RSV; inmunodepresión grave; fibrosis quística con peso para la talla el <percentil 10 o con manifestaciones de enfermedad pulmonar grave (p. ej., hospitalización previa por exacerbación pulmonar en el primer año de vida o anomalías persistentes en las imágenes torácicas cuando el paciente está estable)**:**
  - 1 dosis de nirsevimab poco antes del inicio de la segunda temporada de RSV*
- **Edades de 8 a 19 meses que son indígenas estadounidenses o nativos de Alaska:** 1 dosis de nirsevimab poco antes del inicio de la segunda temporada del RSV*
- **Elegibles por edad y sometidos a cirugía cardiaca con bypass cardiopulmonar**:** 1 dosis adicional de nirsevimab después de la cirugía. Véase www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2023/761328s000lbl.pdf

*** Nota:** Aunque el momento del inicio y la duración de la temporada del RSV puede variar, la administración de nirsevimab se recomienda de octubre a marzo en la mayoría de los Estados Unidos continentales (óptimamente de octubre a noviembre o dentro de 1 semana luego del nacimiento). Los proveedores en jurisdicciones con estacionalidad del RSV que difiere de la mayoría de los Estados Unidos continentales (por ejemplo, Alaska, jurisdicciones con clima tropical) deben seguir la orientación de las autoridades de salud pública (por ejemplo, CDC, departamentos de salud) o centros médicos regionales sobre el momento de la administración en función de la estacionalidad local del RSV.

**** Nota:** Nirsevimab puede administrarse a niños que son elegibles para recibir Palivizumab. Los niños que han recibido nirsevimab no deben recibir Palivizumab durante la misma temporada de RSV.

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 EN BLANCO
INTENCIONADAMENTE
DEJADO EN BLANCO

Notas

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

Vacunación contra el virus respiratorio sincitial (RSV [Abrysvo])

Vacunación de rutina

- **Embarazadas en la semana 32 semanas con 0 días hasta las 36 semanas y 6 días de gestación desde septiembre hasta enero en la mayoría de las partes continentales de los Estados Unidos*:** 1 dosis de Abrysvo. Administrar la vacuna contra el RSV independientemente de una infección previa por RSV.
  - Se recomienda la vacunación de la contra el RSV con Abrysvo o la inmunización del lactante con nirsevimab (anticuerpo monoclonal del RSV) para prevenir la enfermedad grave por el virus sincitial respiratorio en lactantes.
- **Todas las demás embarazadas:** no se recomienda la vacuna contra el RSV
- **Embarazos posteriores:** no se recomiendan dosis adicionales. No se dispone de datos para informar si se necesitan dosis adicionales en embarazos posteriores. Los lactantes nacidos de mujeres embarazadas que recibieron la vacuna contra el RSV durante un embarazo anterior deben recibir nirsevimab.

*** Nota:** Los proveedores en jurisdicciones con estacionalidad del RSV que difiere de la mayoría de las partes continentales de los Estados Unidos (por ejemplo, Alaska, jurisdicciones con clima tropical) deben seguir la orientación de las autoridades de salud pública (por ejemplo, CDC, departamentos de salud) o centros médicos regionales sobre el momento de la administración en función de la estacionalidad local del RSV.

Vacunación contra el rotavirus (edad mínima: 6 semanas)

Vacunación de rutina

- **Rotarix:** Serie de 2 dosis a la edad de 2 y 4 meses
- **RotaTeq:** Serie de 3 dosis a la edad de 2, 4 y 6 meses
- Si alguna dosis de la serie es **RotaTeq** o desconocida, se debe volver a la serie de 3 dosis.

Vacunación de recuperación

- No comenzar la serie a la edad de 15 semanas, 0 días o después.
- La edad máxima para la dosis final es de 8 meses, 0 días.
- Para otras orientaciones sobre de la vacunación de recuperación, véase la Tabla 2.

Vacunación contra tétanos, difteria y tos ferina (Tdap) (edad mínima: 11 años para la vacunación de rutina, 7 años para la vacunación de recuperación)

Vacunación de rutina

- **Edad de 11 a 12 años:** 1 dosis de Tdap (refuerzo para adolescentes)
- **Embarazo:** 1 dosis de Tdap durante cada embarazo, preferiblemente en la primera parte de las semanas de gestación 27 a 36

Nota: Tdap podría administrarse independientemente del intervalo desde la última vacuna que contenga toxoides tetánico y diftérico.

Vacunación de recuperación

- **Edad de 13 a 18 años que no han recibido Tdap:** 1 dosis de Tdap (refuerzo para adolescentes)
- **Edad de 7 a 18 años no completamente vacunados* con DTaP:** 1 dosis de Tdap como parte de la serie de recuperación (preferiblemente la primera dosis); si se necesitan dosis adicionales, utilizar Td o Tdap.
- **Tdap administrado a la edad de 7–10 años:**
  - **Edad de 7 a 9 años** que reciben Tdap deben recibir la dosis de refuerzo de Tdap para adolescentes a la edad de 11 a 12 años
  - **Edad de 10 años** que reciben Tdap no necesitan la dosis de refuerzo de Tdap para adolescentes a la edad de 11 a 12 años
- **DTaP administrada inadvertidamente a la edad de 7 años o después:**
  - **Edad de 7 a 9 años:** DTaP podría contarse como parte de la serie de recuperación. Administrar dosis de refuerzo de Tdap para adolescentes a la edad de 11 a 12 años.
  - **Edad de 10 a 18 años:** Contar la dosis de DTaP como la dosis de refuerzo de Tdap para adolescentes.
- Para otras orientaciones sobre de la vacunación de recuperación, véase la Tabla 2.

Situaciones especiales

- **Manejo de heridas** en personas de 7 años o más antecedentes de 3 o más dosis de vacuna que contenga toxoide tetánico: Para heridas limpias y menores, administrar Tdap o Td si han transcurrido más de 10 años desde la última dosis de 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 vacuna que contenga toxoide tetánico. Se prefiere Tdap para personas de 11 años o más que no han recibido Tdap previamente o cuyo historial de Tdap es desconocido. Si una vacuna que contenga toxoide tetánico está indicada para una adolescente embarazada, utilizar Tdap.
- Para información detallada, véase www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6903a5.htm.

* *Completamente vacunados* = 5 dosis válidas de DTaP o 4 dosis válidas de DTaP si la dosis 4 se administró a la edad de 4 años o más.

Vacunación contra la varicela (edad mínima: 12 meses)

Vacunación de rutina

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

Vacunación de recuperación

- Garantizar que las personas de 7 a 18 años sin evidencia de inmunidad (véase *MMWR* en www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr5604.pdf) tengan una serie de 2 dosis:
  - **Edad de 7 a 12 años:** Intervalo de rutina: 3 meses (una dosis administrada inadvertidamente después de al menos 4 semanas podría contarse como válida)
  - **Edad 13 años o más:** Intervalo de rutina: 4-8 semanas (intervalo mínimo: 4 semanas)

Nota: No se recomienda MMRV para niños de 12 a 47 meses ni para jóvenes de 13 a 18 años (administrar las vacunas contra el sarampión, las paperas y la rubéola y contra la varicela por separado para estos grupos de edad). El intervalo mínimo entre las dosis de MMRV es de 3 meses.

ESPACIO EN BLANCO INTENCIONADAMENTE DEJADO EN BLANCO

Apéndice Calendario recomendado de inmunización para niños y adolescentes de 18 años o menos, Estados Unidos, 2025

Guía de contraindicaciones y precauciones de las vacunas de uso común
Adaptado de la Tabla 4–1 de las Guías de mejores prácticas generales para la inmunización: Contraindicaciones y precauciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización; de Prevención y control de la influenza estacional con vacunas: recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización — Estados Unidos, temporada de influenza 2024–2025 (MMWR, cdc.gov); *y* de Contraindicaciones *y* precauciones para la vacunación contra la COVID-19

Vacunas y otros agentes inmunizantes	Contraindicado o no recomendado[1]	Precauciones[2]
Vacunas contra la COVID-19 de ARNm, Comirnaty, mNexspike, Spikevax	• Reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de una vacuna contra la COVID-19 de ARNm[3]	• Alergia no grave diagnosticada (p. ej., urticaria más allá del lugar de inyección) a un componente de una vacuna contra la COVID-19 de ARNm[3]; o reacción alérgica inmediata no grave (inicio en menos de 4 horas) tras la administración de una dosis previa de una vacuna contra la COVID-19 de ARNm • Miocarditis o pericarditis en el plazo de 3 semanas después de una dosis de cualquier vacuna contra la COVID-19 • Síndrome inflamatorio multisistémico en niños (MIS-C) o síndrome inflamatorio multisistémico en adultos (MIS-A). • Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Vacuna de subunidades proteicas contra la COVID-19 Nuvaxovid	• Reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de una vacuna Nuvaxovid[3]	• Alergia no grave diagnosticada (p. ej., urticaria más allá del lugar de inyección) a un componente de una vacuna de Nuvaxovid[3]; o reacción alérgica inmediata no grave (inicio en menos de 4 horas) tras la administración de una dosis previa de una vacuna de Nuvaxovid • Miocarditis o pericarditis en el plazo de 3 semanas después de una dosis de cualquier vacuna contra la COVID-19 • Síndrome inflamatorio multisistémico en niños (MIS-C) o síndrome inflamatorio multisistémico en adultos (MIS-A). • Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Influenza inactivada inyectable producida en huevo (IIV3)	• Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) tras una dosis previa de cualquier vacuna contra la influenza (es decir, cualquier IIV producida en huevo, ccIIV, RIV o LAIV, de cualquier valencia) • Reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) a cualquier componente de la vacuna[3] (excepto el huevo)	• Síndrome de Guillain-Barré (Guillain-Barre Syndrome, GBS) en 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 inactivada inyectable producida en cultivo celular (ccIIV3) [Flucelvax]	• Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) a cualquier ccIIV, de cualquier valencia, o a cualquier componente[3] de la ccIIV3	• Síndrome de Guillain-Barré (SGB) en 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) tras una dosis previa de cualquier IIV producida en huevo, RIV o LAIV, de cualquier valencia. Si se utiliza la ccIIV3, administrarla en un entorno médico bajo la supervisión de un proveedor de cuidado de la salud capacitado para reconocer y manejar reacciones alérgicas graves. Podría consultar a un alergólogo. • Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Influenza recombinante inyectable (RIV3) [Flublok]	• Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) a cualquier RIV, de cualquier valencia, o a cualquier componente[3] de la RIV3	• Síndrome de Guillain-Barré (SGB) en 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) tras una dosis previa de cualquier IIV producida en huevo, ccIIV o LAIV, de cualquier valencia. Si se utiliza la RIV3, administrarla en un entorno médico bajo la supervisión de un proveedor de cuidado de la salud capacitado para reconocer y manejar reacciones alérgicas graves. Podría consultar a un alergólogo. • Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Influenza atenuada viva (LAIV3) [Flumist]	• Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) tras una dosis previa de cualquier vacuna contra la influenza (es decir, cualquier IIV producida en huevo, ccIIV, RIV o LAIV, de cualquier valencia) • Reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) a cualquier componente de la vacuna[3] (excepto el huevo) • Niños de 2-4 años con antecedentes de asma o sibilancias • Asplenia anatómica o funcional • Inmunodeprimidos por cualquier causa, incluidas —entre otras— los medicamentos y la infección por el VIH • Contactos cercanos o cuidadores de personas con inmunosupresión grave que requieren un entorno protegido • Embarazo • Implante coclear • Comunicación activa entre el líquido cefalorraquídeo (LCR) y la orofaringe, la nasofaringe, la nariz, el oído o cualquier otra fuga craneal de líquido cefalorraquídeo • Niños y adolescentes que reciben aspirina o medicamentos que contienen salicilatos • Ha recibido medicamentos antivirales contra la influenza: oseltamivir o zanamivir en las 48 horas previas, peramivir en los 5 días previos o baloxavir en los 17 días previos	• Síndrome de Guillain-Barré (SGB) en las 6 semanas posteriores a una dosis previa de cualquier tipo de vacuna contra la influenza • Asma en personas de 5 años o más • Personas con afecciones médicas subyacentes distintas de las enumeradas en las contraindicaciones que podrían predisponer a complicaciones tras una infección por el virus de la influenza de tipo salvaje; p. ej., 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 haya presencia de una contraindicación, NO se debe administrar una vacuna. Kroger A, Bahta L, Hunter P. ACIP General Best Practice Guidelines for Immunization.
2. Cuando exista una precaución, la vacunación generalmente debe aplazarse, pero podría estar indicada si el beneficio de la protección 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 vacunación deben consultar la información de prescripción aprobada por la FDA para obtener la información más completa y actualizada, incluidas las contraindicaciones, advertencias y precauciones. Véanse los prospectos de las vacunas autorizadas en los Estados Unidos.

Apéndice

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

Vacunas y otros agentes inmunizantes	Contraindicado o no recomendado[1]	Precauciones[2]
Dengue (DEN4CYD)	• Reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de una vacuna[3] • Inmunodeficiencia grave (p. ej., tumores hematológicos y sólidos, recepción de quimioterapia, inmunodeficiencia congénita, terapia inmunosupresora a largo plazo o pacientes con infección por VIH con inmunodepresión grave) • Falta de confirmación de laboratorio de una infección previa por dengue	• Embarazo • Infección por VIH sin evidencia de inmunosupresión grave • Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Difteria, tétano y tos ferina (DTaP)	• Reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de una vacuna[3] • 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	• Síndrome de Guillain-Barré en las 6 semanas posteriores a una dosis previa de cualquier tipo de vacuna que contenga toxoide tetánico • Antecedentes de reacciones de hipersensibilidad tipo Arthus tras una dosis previa de una vacuna que contenga toxoide diftérico o toxoide tetánico; aplazar la vacunación hasta que hayan transcurrido al menos 10 años desde la última vacuna que contenga toxoide tetánico • Solo para DTaP: Trastorno neurológico progresivo, incluidos los espasmos infantiles, la epilepsia no controlada o la encefalopatía progresiva; posponer la administración de DTaP hasta que el estado neurológico se haya aclarado y estabilizado • Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Haemophilus influenzae de tipo b (Hib)	• Reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de una vacuna[3] • Menores de 6 semanas	• Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Hepatitis A (HepA)	• Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) tras una dosis previa o a un componente[3] de la vacuna, incluido la neomicina	• Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Hepatitis B (HepB)	• Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) tras una dosis previa o a un componente[3] de la vacuna, incluida la levadura. • Embarazo: No se recomienda PreHevbrio debido a la falta de datos de seguridad en mujeres embarazadas. Utilizar otras vacunas contra la hepatitis B si está indicado[4]	• Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Vacuna contra la hepatitis A-hepatitis B (HepA-HepB) [Twinrix]	• Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) tras una dosis previa o a un componente[3] de la vacuna, incluido la neomicina y la levadura	• Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Virus del papiloma humano (VPH)	• Reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de una vacuna[3] • *Embarazo: No se recomienda la* vacunación contra el VPH.	• Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Sarampión, paperas, rubéola (MMR) Sarampión, paperas, rubéola y varicela (MMRV)	• Reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de una vacuna[3] • Inmunodeficiencia grave (p. ej., tumores hematológicos y sólidos, recepción de quimioterapia, inmunodeficiencia congénita, terapia inmunosupresora a largo plazo o pacientes con infección por el VIH con inmunodepresión grave) • Embarazo • Historia familiar de inmunocompetencia alterada, a menos que se verifique clínicamente o mediante pruebas de laboratorio como inmunocompetente • Solo para MMRV: Infección por VIH de cualquier gravedad y niños menores de 4 años	• Recepción reciente (≤11 meses) de un hemoderivado que contenga anticuerpos (el intervalo específico depende del producto) • Antecedentes de trombocitopenia o púrpura trombocitopénica • Necesidad de realizar una prueba cutánea de tuberculina o una prueba 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 etiología • Si se usa MMRV, véase Varicela/MMRV para precauciones adicionales
Meningocócica ACWY (MenACWY) MenACWY-CRM [Menveo] MenACWY-TT [MenQuadfi]	• Reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de una vacuna[3] • Solo para MenACWY-CRM: reacción alérgica grave a cualquier vacuna que contenga toxoide diftérico o CRM197 • Solo para MenACWY-TT: reacción alérgica grave a cualquier vacuna que contenga toxoide tetánico	• Solo para MenACWY-CRM: Nacimiento prematuro si es menor de 9 meses • Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Meningocócica B (MenB) MenB-4C [Bexsero] MenB-FHbp [Trumenba]	• Reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de una vacuna[3]	• Embarazo • Sólo para MenB-4C: Sensibilidad al látex • Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Meningocócica ABCWY (MenACWY-TT/MenB-FHbp) [Penbraya]	• Reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de una vacuna[3] • Reacción alérgica grave a cualquier vacuna que contenga toxoide tetánico	• Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Mpox [Jynneos]	• Reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de una vacuna[3]	• Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Neumocócica conjugada (PCV)	• Reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de una vacuna[3] • Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) a cualquier vacuna que contenga toxoide diftérico o a alguno de sus componentes[3]	• Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Polisacárida neumocócica (PPSV23)	• Reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de una vacuna[3]	• Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Vacuna inactivada contra el poliovirus (IPV)	• Reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de una vacuna[3]	• Embarazo • Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Anticuerpo monoclonal frente al RSV (RSV-mAb)	• Reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de una vacuna[5]	• Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Vacuna contra el virus respiratorio sincicial (RSV)	• Reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de una vacuna[3]	• Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Rotavirus (RV) RV1 [Rotarix] RV5 [RotaTeq]	• Reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de una vacuna[3] • Inmunodeficiencia combinada grave (SCID) • Antecedentes de invaginación intestinal	• Inmunocompetencia alterada distinta de la SCID • Enfermedad gastrointestinal crónica • Solo para RV1: Espina bífida o extrofia vesical • Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre
Tétanos, difteria y tos ferina acelular (Tdap) Tétanos, difteria (Td)	• Reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de una vacuna[3] • Solo para Tdap: Encefalopatía (p. ej., coma, disminución del nivel de consciencia, 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	• Síndrome de Guillain-Barré (SGB) en las 6 semanas posteriores a una dosis previa de cualquier tipo de vacuna que contenga toxoide tetánico • Antecedentes de reacciones de hipersensibilidad tipo Arthus tras una dosis previa de una vacuna que contenga toxoide diftérico o toxoide tetánico; aplazar la vacunación hasta que hayan transcurrido al menos 10 años desde la última vacuna que contenga 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)	• Reacción alérgica grave (por ejemplo, anafilaxia) después de una dosis previa o a un componente de una vacuna[3] • Inmunodeficiencia grave (p. ej., tumores hematológicos y sólidos, recepción de quimioterapia, inmunodeficiencia congénita, terapia inmunosupresora a largo plazo o pacientes con infección por el VIH con inmunodepresión grave) • Embarazo • Historia familiar de inmunocompetencia alterada, a menos que se verifique clínicamente o mediante pruebas de laboratorio como inmunocompetente • Solo para MMRV: Infección por VIH de cualquier gravedad	• Recepción reciente (≤11 meses) de un hemoderivado que contenga anticuerpos (el intervalo específico depende del producto) • Administración de antivirales específicos (aciclovir, famciclovir o valaciclovir) en las 24 horas previas a la vacunación (evitar el uso de estos antivirales durante los 14 días posteriores a la vacunación) • Uso de aspirina o productos que contengan aspirina • Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre • Si se usa MMRV, véase MMR/MMRV para precauciones adicionales

1. Cuando haya presencia de una contraindicación, NO se debe administrar una vacuna. Kroger A, Bahta L, Hunter P. ACIP General Best Practice Guidelines for Immunization. www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/contraindications.html.
2. Cuando exista una precaución, la vacunación generalmente debe aplazarse, pero podría estar indicada si el beneficio de la protección de la vacuna supera el riesgo de una reacción adversa. Kroger A, Bahta L, Hunter P. ACIP General Best Practice Guidelines for Immunization. www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/contraindications.html.
3. Los proveedores de vacunación deben consultar la información de prescripción aprobada por la FDA para obtener la información más completa y actualizada, incluidas las contraindicaciones, advertencias y precauciones. Los prospectos de las vacunas autorizadas en los Estados Unidos están disponibles en www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/approved-products/vaccines-licensed-use-united-states.
4. Para obtener información sobre el registro de exposición durante el embarazo para las personas que fueron vacunadas inadvertidamente con PreHevbrio durante el embarazo, visite www.prehevbrio.com/#safety.
5. Información de prescripción completa de BEYFORTUS (nirsevimab-alip) www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2023/761328s000lbl.pdf.

Anexo Calendario recomendado de inmunización para niños y adolescentes de 18 años o menos, Estados Unidos, 2025

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

Vacunas	Recomendaciones	Fecha de entrada en vigor de la recomendación*
Meningocócica (MenACWYCRM/MenB-4C, Penmenvy)	La vacuna MenABCWY puede utilizarse cuando se indican tanto MenACWY como MenB en la misma visita. 1. Personas sanas de entre 16 y 23 años (calendario de rutina) cuando la toma de decisiones clínicas compartidas favorece la administración de la vacuna MenB y 2. Personas de ≥10 años con mayor riesgo de padecer enfermedad meningocócica (por ejemplo, debido a deficiencias persistentes del complemento, uso de inhibidores del complemento o asplenia funcional o anatómica)	25 de junio de 2025
Influenza	El Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación reafirma las recomendaciones para la vacunación anual rutinaria contra la influenza de todas las personas mayores de 26 meses que no tengan contraindicaciones para la temporada 2025–2026	22 de julio de 2025
Influenza	El Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación recomienda únicamente fórmulas de dosis única de vacunas anuales contra la influenza que no contengan tiomersal como conservante para tres poblaciones - Niños de 18 años o menos - Mujeres embarazadas - Todos los adultos	22 de julio de 2025
Anticuerpo monoclonal del RSV (Clesrovimab)	El Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación recomienda que los bebés menores de 8 meses nacidos durante la temporada de VRS o que estén entrando por primera vez en ella y que no estén protegidos por la vacunación materna reciban una dosis de clesrovimab	4 de agosto de 2025
Nota: A partir del 29 de mayo de 2025, el calendario incorpora la directiva del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services, HHS) respecto a las recomendaciones sobre la vacuna contra la COVID-19. (Se han realizado cambios en las tablas y notas relativas a las vacunas contra la COVID-19 en mujeres embarazadas y niños o adolescentes de entre 6 meses y 17 años que no padecen inmunodeficiencia moderada o grave).		

*La fecha efectiva de entrada en vigor es la fecha en se adoptó la recomendación y se volvió oficial.

Definiciones jurídicas

Afección médica de emergencia: una afección médica que comienza de forma repentina y se manifiesta mediante síntomas agudos de gravedad suficiente (incluido el dolor severo) como para que una persona prudente, sin conocimientos médicos especializados, pero con un conocimiento promedio de salud, pueda esperar razonablemente que la falta de atención médica inmediata podría resultar en:

- un grave peligro para la salud de la persona (o, en el caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o el bebé en gestación);
- daños graves a las funciones corporales;
- Grave disfunción de cualquier órgano o parte corporal.

Médicamente necesario: para que un artículo o servicio médico se considere médicamente necesario, debe cumplir cada uno de los siguientes criterios:

- Debe ser recomendado por un médico con licencia que esté tratando al miembro, o por otro proveedor de cuidado de la salud con licencia que ejerza dentro del ámbito de su licencia y 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 experimental ni de investigación; y
- Debe ser la alternativa de diagnóstico o tratamiento menos costosa que sea adecuada para la afección médica del miembro.

Cuando se aplica al cuidado de un paciente hospitalizado, significa además que la afección médica del miembro requiere que los servicios no puedan proporcionarse de manera segura al miembro como un paciente ambulatorio.

Glosario

Apelación: cuando su plan de salud de CoverKids determine que usted no cumple con los requisitos para un servicio, recibirá una carta que le explicará el motivo. Esta carta se llama “Aviso de determinación adversa de beneficios”. Si considera que su plan de salud de CoverKids cometió un error y cree que *sí* cumple los requisitos para el servicio, puede presentar una Apelación ante TennCare. La carta le indicará cómo hacerlo. Una “Apelación” es una solicitud para que TennCare le conceda una audiencia imparcial. En esa audiencia imparcial, un juez decidirá si su plan de salud de CoverKids cometió un error.

Copagos: un cargo o cuota que debe pagarse cuando se presta un servicio cubierto.

Equipo médico duradero (DME): equipo médico duradero prescrito 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: una enfermedad, lesión, síntoma o afección tan grave que una persona necesitaría obtener cuidado de inmediato para evitar daños severos.

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

Atención en la sala de emergencias: servicios de emergencia recibidos en una sala de emergencia.

Servicios de emergencia: evaluación de una afección médica de emergencia y tratamiento para evitar que la afección se agrave.

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

Queja formal: una queja que usted presenta ante su plan de salud de CoverKids relacionada con cualquier asunto distinto de 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 el funcionamiento para la vida diaria. Estos servicios pueden incluir fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y otros servicios.

Seguro de salud: un contrato que requiere que una compañía de seguros de salud pague 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 usted paga se llama “prima” de Medicare. TennCare, TRICARE y COBRA también se consideran "seguros de salud”.

Atención médica a domicilio: servicios para el cuidado de la salud que una persona obtiene en su domicilio por parte de enfermeros o auxiliares de salud en el hogar.

Servicios para pacientes terminales: servicios destinados a aliviar el dolor y brindar apoyo a personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal.

Hospitalización: atención en un hospital que requiere admisión como paciente hospitalizado y generalmente requiere una estadía nocturna.

Atención hospitalaria de pacientes ambulatorios: atención en un hospital que, por lo general, no requiere una estadía nocturna en un hospital.

Médicamente necesario: servicios para el cuidado de la salud necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección o sus síntomas. Para ser considerados médicamente necesarios, estos servicios deben cumplir los requisitos de CoverKids.

Red: los centros, proveedores y prestadores que su plan de salud de CoverKids contrató para brindar servicios para el cuidado de la salud.

Proveedor no participante: un proveedor de cuidado de la salud que no forma parte de la red de su plan de salud de CoverKids. También llamado proveedor fuera de red.

Proveedor participante: un proveedor de cuidado de la salud que forma parte de la red de su plan de salud de CoverKids. También llamado proveedor dentro de la red.

Servicios de médicos: servicios para el cuidado de la salud prestados o coordinados por un médico con licencia.

Plan: su Administrador de Beneficios de Farmacia de CoverKids, Administrador de Beneficios Dentales u Organización de Cuidado Administrado.

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

Prima: el monto que debe pagarse por su cobertura de seguro de salud.

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

Medicamentos recetados: fármacos y medicamentos que requieren una receta en virtud de la ley.

Médico de Cuidado Primario o Proveedor de Cuidado Primario (PCP): su proveedor de cuidado primario es el médico u otro proveedor de cuidado de la salud al que usted acude primero para la mayoría de los problemas de salud. Este profesional se asegura de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse saludable.

También puede comunicarse con otros médicos y proveedores sobre su cuidado y remitirle a ellos. Por lo general, usted debe ver a su proveedor de cuidado primario antes de acudir a cualquier otro proveedor de cuidado de la salud.

Proveedor: cualquier médico, hospital, agencia u otra persona que tenga una licencia o esté autorizada para prestar servicios para el cuidado de la salud. Un proveedor también puede ser una clínica, farmacia o centro.

Servicios de rehabilitación: servicios para el cuidado de la salud que le ayudan a recuperarse de una enfermedad, accidente o cirugía importante. Estos servicios pueden incluir fisioterapia, terapia ocupacional, patología del habla y del lenguaje y servicios de rehabilitación psiquiátrica.

Atención de enfermería especializada: ciertos servicios especializados que sólo pueden ser prestados por personal de enfermería con licencia en su domicilio o en asilo de convalecencia.

Especialista: un médico que proporciona atención médica para una enfermedad específica o una parte del cuerpo determinada. Los miembros de CoverKids deben obtener una remisión de su proveedor de cuidado primario para ver a un especialista.

Cuidado de urgencia: cuidado para una enfermedad, lesión o afección que no es una emergencia, pero que requiere atención inmediata.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.



© 2026 United HealthCare Services, Inc. Todos los derechos reservados.