



Carta Circular 19-00002

11 de enero de 2019

A TODOS LOS HOSPITALES PARTICIPANTES DEL PLAN DE SALUD MENONITA VITAL

FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE RECIÉN NACIDO

¡Reciba un cordial saludo del Plan de Salud Menonita (PSM)!

En esta ocasión, nos dirigimos a usted para orientarles sobre el formulario de Notificación de Recién Nacido. El Plan de Salud Menonita utiliza este formulario para ayudar a cumplir con los requisitos de notificación del recién nacido, en relación con el historial del nuevo bebe. Este proceso es un requisito contractual requerido por la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES), que se encuentra en la sección 5.2.7.5 del contrato.

El hospital, como proveedor contratado debe completar el formulario en todas sus partes y enviarlo al Plan de Salud Menonita (PSM) dentro de las 24 horas de haber ocurrido el parto. Luego de completado, deberá enviarlo a PSM por correo electrónico: psmvitalmatepsdt@planmenonita.com o por fax al (787) 332-0919.

Si surge alguna pregunta puede comunicarse con nosotros al (787) 625-1380, extensiones 7411 ó 7409.

¡Agradecemos su compromiso con nuestros afiliados!

Cordialmente,

Gregorio A. Cortés-Soto, MD
Principal Oficial Médico
Area de Asuntos Cínicos
www.MenonitaVital.com



**PLAN DE SALUD
MENONITA**

**Plan de Salud Menonita
BABY CARE/ CASE MANAGEMENT
Newborn Notification Form**



Complete this form for newborn notification within 24hrs of birth and fax completed form to:
787-332-0919

Newborn Information

MOM's / Baby's Last Name:		First Name	Initial
MOTHER Contract ID Number:			Date of Birth:
Weight:	Length:	Gender: <input type="checkbox"/> BB <input type="checkbox"/> BG	<input type="checkbox"/> Vag <input type="checkbox"/> C-Section
Apgar score:	GA: _____	<input type="checkbox"/> Well Baby	Medical <input type="checkbox"/> Birth Weight < 2500 grams
Phycosocial <input type="checkbox"/> Needs due to disability		<input type="checkbox"/> Fetal alcohol Syndrome/ substance exposed newborn	
<input type="checkbox"/> Protective services involvement		<input type="checkbox"/> Genetic Condition <input type="checkbox"/> Infant Chronic Illness	
Nutritional <input type="checkbox"/> Inadecute Sucking <input type="checkbox"/> Anemia		Other Diagnosis:	
Other Risks:			

Mother/ Beneficiary Information

Mother's Date of Birth: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Maternal age < 18yr
Mother's Phone Number:	Other Tel:
Mother's Address:	

Hospital Information

Hospital Name:	City:
Contact Person:	Tel.

Plan de Salud Menonita Use Only

Date send to ASES / Puerto Rico Medicaid Program:	
Case Manager Signature:	Date:

PSM complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate based on race, color, national origin, age, disability or sex.

As requested, PSM provides **free assistance and services to people with disabilities and people whose native language is not Spanish to communicate effectively with us. If you need to receive these services, call [1-866-600-4753](tel:1-866-600-4753) and [1-844-726-3345](tel:1-844-726-3345) TTY (hearing-impaired).**

