

PROGRAMA DE SALUD Y PREVENCIÓN DE DISCAPACIDADES DE NIÑOS (CHDP) SOLICITUD PREVIA A LA INSCRIPCIÓN

Instrucciones para el padre o el paciente:

- Para poder recibir un examen de salud sin cargo hoy, deberá proporcionar la información requerida en este formulario. La información que usted proporciona es confidencial. Este es un programa voluntario.

¿Es el paciente menor de 19 años de edad? Sí No

¿Cuántas personas hay en su familia? _____

¿Cuánto dinero gana su familia antes del descuento de los impuestos? \$ _____ por mes Ó \$ _____ por año

- Es posible que usted o su hijo sea elegible para recibir cobertura continua de atención de la salud mediante Medi-Cal o Healthy Families.

Deseo solicitar cobertura continua mediante Medi-C al o Healthy Families. Sí No

Si contestó *Sí* a esta pregunta, en unos pocos días le enviarán una solicitud por correo. No demore en enviarla de vuelta. Si contestó *No* a esta pregunta (o si contestó *Sí*, pero no entrega la solicitud), la cobertura de beneficios de salud, dentales y de la vista del paciente terminará al final del mes siguiente, a menos que el Departamento de Servicios Sociales del condado le notifique algo diferente.

Información sobre el paciente

¿Tiene el paciente una Tarjeta de Identificación de Beneficios (BIC) del Estado de California o una tarjeta de Medi-Cal Sí No
Si la tiene, ¿cuál es el número de identificación en la tarjeta BIC (si está disponible)? _____

Apellido del paciente _____ Nombre _____ Inicial del 2º nombre _____

Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número del Seguro Social del paciente (SSN) (<i>optativo</i>)
-----------------------------------	--	---

Si está sin hogar, marque aquí. Ponga la ubicación general en la sección "Dirección donde vive" y llene la sección "Dirección postal".

Dirección donde vive	Número de departamento	Ciudad	Estado	Código postal
----------------------	------------------------	--------	--------	---------------

Condado en que vive _____

Dirección postal (si no es la misma que la Dirección en que vive)	Número de departamento	Ciudad	Estado	Código postal
---	------------------------	--------	--------	---------------

Apellido de la madre _____ Nombre _____ Inicial del 2º nombre _____

Para los pacientes menores de un año de edad, llene esta sección.

Si es menor de un año de edad, ¿vivió el bebé con la madre el mes del nacimiento? Sí No

Fecha de nacimiento de la madre (mes/día/año)	Número de la tarjeta BIC o de Medi-Cal de la madre, o del Seguro Social
---	---

Información sobre el padre, madre o tutor

Apellido del padre, madre o tutor o del paciente menor si ha sido emancipado _____ Nombre _____ Inicial del 2º nombre _____

Número de teléfono en la casa ()	Número de teléfono en el trabajo ()	Número para mensajes telefónicos ()
--------------------------------------	---	---

¿Qué idioma se habla en su casa?	¿Qué idioma lee mejor?
----------------------------------	------------------------

Certificación

Solicito un examen de salud del CHDP hoy. Certifico que leí y entiendo este formulario. Declaro que la información que proporcioné es verdadera, correcta y completa.

Firma del padre, madre o tutor o del menor si ha sido emancipado	Relación con el paciente	Fecha
--	--------------------------	-------

Las personas tienen derecho a examinar los registros que contienen información personal sobre ellas. La entidad oficial a cargo de mantener esta información es el Department of Health Services, MS 8100, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413. Es posible que una copia de esta información se comparta con el Departamento de Servicios Sociales del condado donde usted viva, y el proveedor CHDP de su hijo mantendrá una copia con los datos médicos del niño.