

## Solicitud de Pre-inscripción al Programa de Salud Infantil y Prevención de Discapacidades (CHDP) (Child Health and Disability Prevention (CHDP) Program Pre-Enrollment Application)

### Instrucciones para el padre/madre o paciente:

- De modo que pueda recibir hoy un examen de salud sin costo, usted debe proporcionar la información requerida en este formulario. La información que usted brinde es confidencial. Este es un programa voluntario.

¿Tiene el paciente menos de 19 años de edad?  Sí  No

¿Cuántas personas hay en su familia? \_\_\_\_\_

¿Qué cantidad de dinero recibe su familia antes de descontar los impuestos? \$ \_\_\_\_\_ Mensualmente o \$ \_\_\_\_\_ anualmente

- Usted o su hijo podría ser elegible para recibir la cobertura de atención de la salud continuada a través de Medi-Cal o los programas de asistencia para el pago de primas dentro de Covered California.

Deseo solicitar la cobertura continuada a través de Medi-Cal o el programa de asistencia para el pago de primas dentro de Covered California.  Sí  No

Si contestó que *sí* a esta pregunta, se le enviará un formulario de solicitud en unos días. Por favor devuélvalo rápidamente. Si usted contestó que *no* a esta pregunta (o si usted contestó que *sí* pero no devuelve la solicitud), la cobertura del paciente para los beneficios de salud, dentales y de la visión terminará al finalizar el mes siguiente salvo que el Department of Social Services le notifique lo contrario.

### Información del paciente

¿Tiene el paciente una State of California Benefits Identification Card (BIC) o tarjeta de Medi-Cal?  Sí  No

Si respondió que *sí*, ¿cuál es el número de la tarjeta BIC (si está disponible)? \_\_\_\_\_

Nombre del paciente—Apellido		Primer nombre		Inicial del segundo nombre	
Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		Número de seguro social del paciente (SSN) <i>(opcional)</i>		

Si se trata de una persona sin hogar, marque aquí. Introduzca la ubicación general en la sección de "Domicilio" y llene la sección de "Dirección postal".

Domicilio		Número de apartamento	Ciudad	Estado	Código postal
País de residencia					
Dirección postal (si es diferente al domicilio)		Número de apartamento	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre de la madre—Apellido		Primer nombre		Inicial del segundo nombre	

### Para los pacientes menores de un año de edad, por favor complete esta sección.

Fecha de nacimiento de la madre (mes/día/año)	Número de la tarjeta BIC o de la tarjeta de Medi-Cal o el número de seguro social de la madre
---	---

### Información del padre/tutor legal

Nombre del padre/tutor legal o paciente menor de edad emancipado—Apellido		Primer nombre		Inicial	
Número de teléfono de casa ( )	Número de teléfono del trabajo ( )		Número de teléfono para mensajes ( )		
¿Qué idioma habla en casa?			¿Qué idioma lee mejor?		

### Certificación

Estoy solicitando hoy un examen de salud de CHDP. Certifico que he leído y entiendo la información en este formulario. Declaro que la información que he proporcionado es verdadera, correcta y completa.

Firma del padre/tutor o menor de edad emancipado	Relación con el paciente	Fecha
--	--------------------------	-------

Las personas tienen el derecho de revisar los registros que contienen su información personal. El organismo oficial responsable de mantener la información es el Department of Health Care Services, MS 8100, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413. Una copia de esta información podría ser compartida con el Department of Social Services en el condado en que usted reside y será mantenida con el expediente médico de su hijo por parte del proveedor de CHDP.