

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.



Agencia del Cuidado de Salud/Servicios de Salud Publica
Programa de Salud Familiar
CLINICA DE SALUD DE NIÑOS

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL PACIENTE

1. Lugar de Nacimiento del Paciente: _____

2. Grupo Étnico (circule uno solamente)

| | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aleutiano | <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano | <input type="checkbox"/> Isleño del Pacifico-No Hawaiano, Guames, Samoano |
| <input type="checkbox"/> Argelino | <input type="checkbox"/> Indio (Asiático) | <input type="checkbox"/> Pakistani |
| <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Amerindio | <input type="checkbox"/> Iraní | <input type="checkbox"/> Palestino |
| <input type="checkbox"/> Amerasiático | <input type="checkbox"/> Iraquí | <input type="checkbox"/> Sur or Centroamericano |
| <input type="checkbox"/> Bangladeshi | <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Samoano |
| <input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano | <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Somalí |
| <input type="checkbox"/> Camboyano | <input type="checkbox"/> Laosiano | <input type="checkbox"/> Español |
| <input type="checkbox"/> Caucásico/Europeo/Blanco | <input type="checkbox"/> Libanés | <input type="checkbox"/> Srilankan |
| <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Mexicano | <input type="checkbox"/> Tailandés |
| <input type="checkbox"/> Cubano | <input type="checkbox"/> Otra Asiática-Especificado | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> Egipcio | <input type="checkbox"/> Otra Asiática-Sin Especificar | <input type="checkbox"/> Desconocido/No Reportado |
| <input type="checkbox"/> Esquimal | <input type="checkbox"/> Hispano-Otro | <input type="checkbox"/> Reservo declarar |
| <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Otro/Otro Especificado | |
| <input type="checkbox"/> Guames | <input type="checkbox"/> Puertorriqueño | |

3. Raza (circule uno solamente)

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> Nativa de Alaska |
| <input type="checkbox"/> India Americana |
| <input type="checkbox"/> Asiática |
| <input type="checkbox"/> Negra |
| <input type="checkbox"/> Isleña del Pacifico |
| <input type="checkbox"/> Blanca |
| <input type="checkbox"/> Otra |
| <input type="checkbox"/> No Sé |

Etnicidad Hispana?

Si No No Sé

4. Nombre del **papá del paciente**: _____
Primer Nombre del papá Apellido del papá

CONTACTOS EN CASO DE EMERGENCIA

5. Escriba los nombres de (2) dos personas (amigos o parientes) a quienes podamos contactar en caso de una emergencia:

1.) _____ (_____) _____
 (Relación al paciente) Primer Nombre Apellido Código de área Número de Teléfono

2.) _____ (_____) _____
 (Relación al paciente) Primer Nombre Apellido Código de área Número de Teléfono

Importante: Si Usted o su hijo(a) tienen Medi-Cal, por favor muestre la tarjeta a la Recepcionista.

Favor de completar el otro lado

