

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.

CHILD HEALTH AND DISABILITY PREVENTION (CHDP) PROGRAM PRE-ENROLLMENT APPLICATION

Instructions to the Parent or Patient:

- In order to receive a health examination today at no charge, you must provide the information required on this form. The information you give is confidential. This is a voluntary program.

Is the patient less than 19 years of age? Yes No

How many people are in your family? _____

How much money does your family make before taxes? \$ _____ Or \$ _____
Monthly Yearly

- You or your child may be eligible for continued health care coverage through Medi-Cal or premium assistance programs under Covered California.

I want to apply for continuing coverage through Medi-Cal or premium assistance programs under Covered California. Yes No

If you answered *yes* to this question, an application will be mailed to you in a few days. Please return it promptly. If you answered *no* to this question (or if you answered *yes* but do not return the application), the patient's coverage for health, dental, and vision benefits will stop at the end of next month unless the county Department of Social Services notifies you otherwise.

Patient Information

Does the patient have a State of California Benefits Identification Card (BIC) or Medi-Cal card? Yes No

If yes, what is the identification number on the BIC card (if available)? _____

Patient's name—Last _____ First _____ Middle initial _____

Date of birth (month/day/year)	Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Patient's social security number (SSN) <i>(optional)</i>
--------------------------------	---	--

If you are homeless, check here. Enter the general location in the "Home address" section and complete the "Mailing address" section.

Home address	Apartment number	City	State	ZIP code
--------------	------------------	------	-------	----------

County of residence _____

Mailing address (if different from home address)	Apartment number	City	State	ZIP code
--	------------------	------	-------	----------

Mother's name—Last _____ First _____ Middle initial _____

For patients under one year of age, please complete this section.

Mother's date of birth (month/day/year)	Mother's BIC or Medi-Cal card number or social security number
---	--

Parent/Legal Guardian Information

Name of parent/legal guardian or emancipated minor patient—Last _____ First _____ Middle initial _____

Home telephone number ()	Work telephone number ()	Message telephone number ()
------------------------------	------------------------------	---------------------------------

What language do you speak at home?	What language do you read best?
-------------------------------------	---------------------------------

Certification

I am requesting a CHDP health examination today. I certify that I have read and understand this form. I declare that the information I have provided is true, correct, and complete.

Signature of parent/guardian or emancipated minor	Relationship to patient	Date
---	-------------------------	------

An individual has a right to review records containing his/her personal information. The official entity responsible for keeping the information is the Department of Health Care Services, MS 8100, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413. A copy of this information may be shared with the county Department of Social Services in the county in which you reside and will be kept with your child's medical record by your child's CHDP provider.