CommUnityCare HEALTH CENTERS

CAROUSEL PEDIATRICS

Solicitud de Asistencia de Salud
Formulario Adicional Para Niños

Nino (a)

Nombre Completo (Primero, Segundo, Apellido) _____

Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Seguro Social: _____Genero: ☐ Masculino ☐ Hembra

Marque la casilla del estado legal:

☐ Ciudadano Estadounidense ☐ Residente Legal Permanente ☐ Certificado de Naturalización ☐ Otro:_____

¿El niño (a) ha recibido algún ingreso en los últimos 30 días? ☐ No ☐ Si, marque la casillas correspondientes

☐ Seguro Social ☐ Incapacidad ☐ Sobrevivientes

¿Esta persona está embarazada o tiene hijos propios que vive en la casa? ☐ No ☐ Si

¿Tiene el niño (a) alguno de los siguientes beneficios de atención medica? ☐ No ☐ Si, marque la casilla:

☐ Medicaid ☐ CHIP ☐ Seguro de Salud Privado ☐ Otro: _____

Nino (a)

Nombre Completo (Primero, Segundo, Apellido) _____

Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Seguro Social: _____Genero: ☐ Masculino ☐ Hembra

Marque la casilla del estado legal:

☐ Ciudadano Estadounidense ☐ Residente Legal Permanente ☐ Certificado de Naturalización ☐ Otro:_____

¿El niño (a) ha recibido algún ingreso en los últimos 30 días? ☐ No ☐ Si, marque la casillas correspondientes

☐ Seguro Social ☐ Incapacidad ☐ Sobrevivientes

¿Esta persona está embarazada o tiene hijos propios que vive en la casa? ☐ No ☐ Si

¿Tiene el niño (a) alguno de los siguientes beneficios de atención medica? ☐ No ☐ Si, marque la casilla:

☐ Medicaid ☐ CHIP ☐ Seguro de Salud Privado ☐ Otro: _____

Nino (a)

Nombre Completo (Primero, Segundo, Apellido) _____

Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Seguro Social: _____Genero: ☐ Masculino ☐ Hembra

Marque la casilla del estado legal:

☐ Ciudadano Estadounidense ☐ Residente Legal Permanente ☐ Certificado de Naturalización ☐ Otro:_____

¿El niño (a) ha recibido algún ingreso en los últimos 30 días? ☐ No ☐ Si, marque la casillas correspondientes

☐ Seguro Social ☐ Incapacidad ☐ Sobrevivientes

¿Esta persona está embarazada o tiene hijos propios que vive en la casa? ☐ No ☐ Si

¿Tiene el niño (a) alguno de los siguientes beneficios de atención medica? ☐ No ☐ Si, marque la casilla:

☐ Medicaid ☐ CHIP ☐ Seguro de Salud Privado ☐ Otro: _____