

**Kern County Department of Public Health
Child Health & Disability Prevention (CHDP) – Kern Access to Children’s Health**

Este proyecto ha sido patrocinado



SOLICITUD PARA INFORMACIÓN SOBRE SEGURO MEDICO GRATIS Ó DE BAJO COSTO

Al completar esta forma, usted esta solicitando que las agencias de la comunidad asociada, se comuniquen con usted por teléfono para darle información acerca de los programas de seguro medico gratuito o de bajo costo para su hijo(a), y su familia.

ESTA FORMA NO ES UNA APLICACIÓN PARA SEGURO MEDICO

Complete esta forma solamente si su hijo(a) no tienen seguro medico ó tiene Medi-Cal con parte de costo.

AUTORIZACIÓN

Yo autorizo _____ que comparta esta información con el Departamento de Salud

(Nombre de Agencia)

Publica - Kern Access to Children’s Health Project para que yo pueda recibir asistencia en la inscripción en los seguros médicos.



Firma del Padre ó Tutor Legal

Fecha

Atención a la Agencia que refiere: Favor de proporcionarnos con la siguiente información para poder seguir en comunicación con usted.

Persona que refiere: _____ Numero de Teléfono: _____

POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE

Apellido y Primer Nombre de Niño(a)

Fecha de Nacimiento

Apellido y Primer Nombre de Niño(a)

Fecha de Nacimiento

Apellido y Primer Nombre el Niño(a)

Fecha de Nacimiento



Apellido y Primer Nombre del Padre ó Tutor Legal



Dirección

Cuidad

Mejor hora para llamar

Código Postal



Número de teléfono de la Casa



Otro número de teléfono

Marque el idioma que usted prefiere (X) Ingles Español Otro Numero _____

Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame a la línea gratuita de ayuda de El Departamento de Salud Publica. Lunes a Viernes el 1(800) 974-2717 Ext. 80588 o (661) 868-0588

Favor regresar la forma a: Kern County Department of Public Health, 1800 Mt. Vernon Avenue, 2nd Floor, Bakersfield, CA 93306 o FAX al (661) 868-0493