



## FORMULARIO INFORMATIVO PARA COBERTURA DE SALUD

### Información del cliente/familia:

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Idioma: \_\_\_\_\_

1. ¿Por cuantos niños esta aplicando? # de niños: \_\_\_\_\_ Edades de los niños: \_\_\_\_\_  
2. ¿Actualmente sus hijos tienen cobertura de médica?  Si  No

Si respondió "Si", favor de circular el tipo de aseguranza y el numero de niños actualmente cubiertos:

- Healthy Families \_\_\_\_\_  Aseguranza Privada \_\_\_\_\_  Cobertura Patrocinada por Empleador \_\_\_\_\_  
(Comprada) (a través del trabajo)  
 Medi-Cal Sin Costo \_\_\_\_\_  Medi-Cal Con Costo \_\_\_\_\_  Medi-Cal de Emergencia \_\_\_\_\_  
(Servicios de emergencia solamente)

Plan de Salud: \_\_\_\_\_  
(Si niños adicionales están aplicando para Medi-Cal o Healthy Families)

3. ¿Hay alguien embarazada en casa? : Si No  
4. Numero de padres en casa: \_\_\_\_\_  
5. Ingresos Mensuales de la familia (antes de impuestos): \$ \_\_\_\_\_

Notas:

---

---

---

Proporcionando esta información usted da permiso a ser contactado por un Ayudante Certificado de Cover the Kids.

Firma de Padre o guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE REFERENCIA

Organización: \_\_\_\_\_

Nombre de Contacto: \_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_

PARA REFERIR A LA FAMILIA: MANDE POR FAX AL 916-808-6155  
O LLAME AL 916-808-3838 O GRATIS AL 1-866-850-4321  
(Spanish)