

Partnership for Healthier Kids

2700 Prosperity Ave • Fairfax, VA 22031
Telephone: 703-698-2550 • Fax: 703-698-2556

Solicitud de información

Por favor marque:

- Mi(s) hijo(s) tiene(n) seguro médico y/o un proveedor de cobertura médica.
(Por favor indique el(los) nombre(s) _____)
- Mi(s) hijo(s) necesita(n) un médico y/o seguro médico.
- Por favor, necesito que me contacten para informarme sobre programas de atención médica para mis hijos, gratuitos o de muy bajo costo. Puede llamarme un representante para coordinar una entrevista por teléfono o en persona. Comprendo que la información compartida en esta entrevista será de carácter confidencial.

Entrega de información y autorización de los padres

Autorizo a que la siguiente información sea intercambiada con representantes de las agencias citadas en el presente listado. Este consentimiento es válido por 12 meses.

- Mi nombre y número de teléfono para que pueda ser contactado por Partnership for Healthier Kids sobre atención médica para mi(s) hijo(s), gratuita o de muy bajo costo.
- Si decido suscribirme a un programa de asistencia médica, las siguientes agencias pueden intercambiar la información sobre el estado de la solicitud de mi(s) hijo(s) cuando sea necesario para completar el proceso de suscripción.

- Partnership for Healthier Kids, Inova Health System
- InovaCares Clinic
- Healthy Community Access Program
- Department of Family Services
- Medical Care for Children Partnership
- Fairfax County Public Schools
- Department of Medical Assistance Services
- Community Health Care Network

Nombre del niño	Fecha de nacimiento	Nombre de la escuela

Nombre del padre o tutor (Por favor escriba en letra de imprenta) _____

Firma _____ Fecha _____

Número telefónico (_____) _____ Mejor hora para llamar _____

No complete esta sección. Solo para uso oficial.

Case Worker: _____

1st Contact – Date: _____ Outcome: _____

2nd Contact – Date: _____ Outcome: _____

3rd Contact – Date: _____ Outcome: _____

