

Health Access Enrollment Partnership for Healthier Kids

Teléfono: 703-698-2550 • Fax: 703-698-2556 • Email: phk@inova.org • Localidades: www.inova.org/phk

Solicitud de información

Por favor, necesito que me contacten para informarme sobre programas de atención médica gratuitas 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

- Autorizo a que la siguiente información sea intercambiada con representantes de las agencias citadas en el presente listado.
- El equipo de Health Access puede contactarme sobre atención médica 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 cuando sea necesario para completar el proceso de suscripción.

Este consentimiento es válido por 12 meses.

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

INFORMACION DEL CLIENTE		
Nombre:	Idioma:	
Teléfono:	Cell:	Email:
Dirección:		
Nombre del cónyuge:		
INFORMACION DE HIJOS		
Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Escuela:
Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Escuela:
Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Escuela:
FUENTE DE REFERENCIA		
Nombre & Título:	Nombre de Agencia:	
Email:	Teléfono:	Motivo de Referencia:

Firma _____

Fecha _____

Do not complete this section. For official use only.

Case Worker: _____

1st Contact – Date: _____ Outcome: _____

2nd Contact – Date: _____ Outcome: _____

Final Contact – Date PHK Letter Mailed: _____