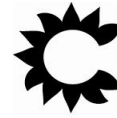




Children First™ Formulario del programa prenatal



COMMUNITY HEALTH PLAN
of Washington

Committed to your health.

¡Felicitaciones por su embarazo! Los miembros del Community Health Plan of Washington son elegibles para recibir un certificado de un asiento convertible para bebé GRATIS. Para ser elegible, la miembro debe estar embarazada en ese momento Y:

- ver a su proveedor dentro del primer trimestre O bien,
- si acaba de inscribirse en el Community Health Plan, deberá de ver a su proveedor dentro de los 42 días siguientes a su inscripción.

ESTE FORMULARIO SE PUEDE CANJEAR POR UN CERTIFICADO DE UN ASIENTO PARA BEBÉ, UNICAMENTE DESPUÉS DE COMPLETAR LA PRIMERA VISITA PRENATAL EN EL TERCER TRIMESTRE.

Complete lo siguiente. El consultorio de su proveedor enviará este formulario por fax a Community Health Plan. **Si es elegible, recibirá un certificado por correo dentro de tres semanas para canjear su premio. Si no recibe su regalo dentro de tres semanas o si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicio al cliente al 1-800-440-1561.**

Solicito y autorizo a Community Health Plan la divulgación de la información de salud protegida relacionada con el embarazo para confirmar la elegibilidad para poder recibir un asiento para bebé como parte del programa prenatal:

Nombre del miembro: _____

Dirección postal _____

Ciudad/Estado/Código postal _____ Número de teléfono actual: _____

Número de miembro de Community Health Plan: _____

Fecha de nacimiento del miembro: ____/____/____

Fecha de la primera visita al médico en el tercer trimestre: ____/____/____ Fecha de hoy ____/____/____

¿Es un miembro nuevo de Community Health Plan (dentro de los últimos dos meses)? Sí No

Exención de responsabilidad de HIPAA: esta solicitud y autorización para divulgación aplica a lo siguiente y es válida por seis (6) meses después de la fecha de la cita o al final del embarazo actual. Para revocar esta autorización en cualquier momento, llame a Servicio al cliente al 1-800-440-1561.

Firma del miembro _____ Fecha ____/____/____

To be completed by clinic staff:

Provider's name: _____
(print)

Clinic staff signature: _____

Expected delivery date: ____/____/____ Date of 1st prenatal visit: ____/____/____

Expecting multiple births (twins, etc)? Yes No **If yes, please specify:** _____

For tracking and verification, please include your T.I.N (tax ID number) in the box to the right.

Please fax the completed form to:
Community Health Plan of Washington
ATTN: Children First Program
Fax: (206) 652-7071
OR email: childrenfirst@chpw.org

