



# Children First™ Formulario del programa de niños sanos y vacunas



**COMMUNITY HEALTH PLAN**  
of Washington

Committed to your health.

Los niños que participan del Community Health Plan of Washington reúnen los requisitos para recibir un obsequio por recibir atención. Para participar, los miembros deben reunir estos requisitos:

- Visitar al proveedor para el examen rutinario programado del niño; Y
- Mantenerse al día con las inmunizaciones programadas; Y
- Ser miembro de Community Health Plan el día de la visita y cuando el proveedor presente el formulario.

**Marque uno (1) de los siguientes premios para la visita de rutina de los miembros que reúnen los requisitos (el premio debe estar ligado a la visita correspondiente):**

<p><b>Bebés (recién nacido – 9 meses): certificado gratis para:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Kit de bienvenida para bebé</p> <p><input type="checkbox"/> Termómetro</p> <p><input type="checkbox"/> Asiento de automóvil (máx. uno)</p> <p><input type="checkbox"/> Cerraduras para alacenas</p> <p><input type="checkbox"/> Pañales</p>	<p><b>Primera infancia (12 meses – 4 años): certificado gratis para:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Libros para niños</p> <p><input type="checkbox"/> Termómetro</p> <p><input type="checkbox"/> Cerraduras para alacenas</p> <p><input type="checkbox"/> Pañales</p> <p><input type="checkbox"/> Casco para bicicleta</p> <p><input type="checkbox"/> Equipo de cuidado dental</p>
<p><b>Media infancia (5 a 10 años): certificado gratis para:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Casco para bicicleta</p> <p><input type="checkbox"/> Artículos escolares</p> <p><input type="checkbox"/> Mochila</p> <p><input type="checkbox"/> Asiento elevado</p> <p><input type="checkbox"/> Ropa</p> <p><input type="checkbox"/> Equipo de cuidado dental</p>	<p><b>Adolescente (11 a 13 años): certificado gratis para:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Mochila</p> <p><input type="checkbox"/> Casco para bicicleta</p> <p><input type="checkbox"/> Artículos escolares</p> <p><input type="checkbox"/> Ropa</p> <p><input type="checkbox"/> Equipo de cuidado dental</p>

Complete lo siguiente. El consultorio de su proveedor enviará este formulario por fax a Community Health Plan. **Si usted reúne los requisitos, recibirá un certificado por correo dentro de 3 semanas para obtener su premio. Si no recibe el certificado después de 3 semanas o si tiene alguna pregunta, comuníquese con Atención al cliente del Community Health Plan al 1-800-440-1561.**

Solicito y autorizo que se dé a conocer la información de salud protegida del **niño participante**, lo cual incluye la información de salud protegida sobre la vacuna HPV, a Community Health Plan con el fin de confirmar la elegibilidad para recibir un incentivo como parte del programa de niños sanos de Children First:

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Dirección postal \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código postal \_\_\_\_\_ Número de teléfono actual: \_\_\_\_\_

Número de socio de Community Health Plan del niño: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del niño: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Fecha de nacimiento del padre/tutor: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Fecha de la visita: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Fecha actual \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Descargo de responsabilidad de HIPAA: Esta solicitud y autorización para dar a conocer información se aplica a lo siguiente y es válida por el plazo de seis (6) meses a partir de la fecha de la visita. Para revocar la autorización en cualquier momento, comuníquese con Atención al cliente al 1-800-440-1561.

**Nombre del padre/tutor del miembro (en imprenta):** \_\_\_\_\_

**Firma del padre/tutor del miembro** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**To be completed by clinic staff:**

Please attest that the patient named above is current on all immunizations as recommended by the current CDC immunization schedule.  Yes  No

Indicate, if any, which immunizations were given during today's visit: \_\_\_\_\_

Clinic staff signature: \_\_\_\_\_

Provider's name: \_\_\_\_\_  
(print)

**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

