

Formulario de programa prenatal



¡Felicitaciones por su embarazo! Usted es elegible para recibir un certificado para comprar una silla de bebé para el automóvil, por ser miembro de Community Health Plan of Washington. Para ser elegible, debe estar embarazada actualmente y ver a su médico dos veces durante su embarazo.

Rellene el siguiente formulario. La oficina de su proveedor lo enviará a Community Health Plan of Washington. Si es elegible, recibirá un certificado por correo en el término de tres semanas. Si todavía no ha recibido su certificado después de tres semanas, o tiene alguna pregunta sobre este programa, llame a nuestro servicio al cliente al 1(800) 440-1561 (si es usuario de TTY, marque 7-1-1), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Nombre del miembro: _____

Dirección postal: _____

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

Número de identificación de miembro: _____ Fecha de nacimiento: _____

Solicito y autorizo la divulgación de información de salud protegida relacionada con el embarazo a Community Health Plan of Washington para confirmar mi elegibilidad para el Programa prenatal Children First.

Firma del miembro: _____ Fecha: ____/____/____

Esta sección debe ser rellena por personal clínico solamente

Nombre del proveedor: _____
(en imprenta)

Firma del personal clínico: _____

Fecha prevista de parto:
____/____/____

Fecha de primera visita:
____/____/____

Fecha de segunda visita:
____/____/____

¿Espera un parto múltiple (mellizos, etc.)? Sí No En caso afirmativo, especifique: _____

Envíe el formulario completo a la siguiente dirección:

Community Health Plan of Washington

ATENCIÓN: Programa Children First

Por Fax: (206) 652-7071

Por correo electrónico: childrenfirst@chpw.org