KAISER PERMANENTE

Medical Record #
(Núm. Médico de Registro)
_____

Medical Care for Children Partnership Enrollment Form

Formulario de Inscripción en el Programa "Sociedad para la Atención Médica de Niños"

Fairfax County Medical Care for Children (Atención Médica de Niños en el Condado de Fairfax)

Effective Date (mm/dd/yy) ____/ ____/ ____

Group #6530 (Grupo #6530)
Please print:

Participant's Name _____, _____, _____
(Nombre del participante) Last (Apellido) First (Nombre) Middle (Segundo nombre)

Birthdate (mm/dd/yy) _____/ _____/ _____
(Fecha de nacimiento) (mes/día/año)

Sex (Sexo) ☐ Male (Masculino) ☐ Female (Femenino)

Home Street Address _____
(Dirección de la casa) Number & Street Name (Número y Calle) Apartment # (Número de apartamento)

City (Ciudad) _____ **State** (Estado) _____ **Zipcode** (Código postal) _____

Home Phone Number (Número de teléfono de la casa) (_____) _____ - _____

Primary Language (Idioma principal) _____

Mother/Guardian Name _____, _____, _____
(Nombre de la madre/Tutor legal) Last (Apellido) First (Nombre) Middle (Segundo nombre)

Father/Guardian Name _____, _____, _____
(Nombre del padre/Tutor legal) Last (Apellido) First (Nombre) Middle (Segundo nombre)

Parent/Guardian Information (*if different from participant*)
Información de los padres/Tutor legal (*si es diferente de la/del participante*)

Home Street Address _____
(Dirección de la casa) Number & Street Name (Número y Calle) Apartment # (Número de apartamento)

City (Ciudad) _____ **State** (Estado) _____ **Zipcode** (Código postal) _____

Home Phone Number (Número de teléfono de la casa) (_____) _____ - _____

Cell Phone Number (Número de teléfono del celular) (_____) _____ - _____

Work Phone Number (Número de teléfono del trabajo) (_____) _____ - _____

Medical Center (Centro Médico) _____

This form will not be accepted without the parent or guardian's signature.
(Este formulario no será aceptado sin la firma del padre o tutor legal.)

Signed (Firma) _____ Parent/Guardian (Padre o tutor legal)

_____ Relationship to participant (parentesco con el participante)

Date (Fecha) _____/ _____/ _____

To be completed by caseworker:
(Para ser llenada por el trabajador(a) de casos):

_____	_____	(_____) _____ - _____	_____	_____/ _____/ _____
Reviewed by: (Initials/Iniciales)	Print Name (Nombre - en letra de molde)	Phone Number (Teléfono)	Title (Cargo)	Date (Fecha)

Health Status for Eligibility

(Estado de Salud para Determinar si Califica)

Has the child ever been hospitalized? ☐ **Yes (Si)** ☐ **No (No)**
(¿Ha estado hospitalizado el niño alguna vez?)

If yes, list reasons for which they were hospitalized (for example operation, injury, asthma, dehydration)
Si contestó que Sí, indique las razones (por ejemplo, operación, herida, asma, deshidratación)

Date _____/ _____/ _____ Reason _____
(Fecha) (Razón)

Has the child ever: (Alguna vez el niño):	**Yes (Si)**	**No (No)**	**Date (Fecha)**	**Or (ó)**	**Age (Edad)**
- Lived with a person who had tuberculosis? (¿ha vivido con una persona que tenía tuberculosis?)	☐	☐	_____/ _____/ _____		_____
- Had a positive skin test (PPD) for tuberculosis? (¿ha tenido una prueba cutánea positiva (PPD) de tuberculosis?)	☐	☐	_____/ _____/ _____		_____
- Been treated with a medicine for tuberculosis or positive skin test? (¿recibió una medicina para tuberculosis o una prueba cutánea positiva?)	☐	☐	_____/ _____/ _____		_____
- Received BCG immunization for tuberculosis? (¿recibió la vacuna BCG contra la tuberculosis)	☐	☐	_____/ _____/ _____		_____

Has the child had chicken pox (varicella)? ☐ **Yes (Si)** ☐ **No (No)**
(¿El niño ha tenido varicela?)

Has the child received an immunization for chicken pox (varicella)? ☐ **Yes (Si)** ☐ **No (No)**
(¿El niño ha recibido una vacuna contra la varicela?)
(Attach or bring to the first visit a copy of the child's immunization record.)
(Adjunte o traiga a la primera visita una copia del registro de inmunizaciones del niño.)

Does your child have any of the following chronic conditions:
(¿El niño ha tenido algunas de las condiciones crónicas siguientes?):

☐ asthma (asma) ☐ diabetes (diabetes) ☐ heart (corazón) ☐ lung condition (pulmones) ☐ allergies (alergias)

☐ seizures (ataques convulsivos) ☐ skin condition (de la piel) ☐ functional limitations (limitaciones funcionales) ☐ other (otras)

Please explain (Favor de explicar):

_____

_____

Is your child on any medications? Please list medications. (¿Está tomando su hijo algún tipo de medicinas? Favor indicarlas):

_____

_____

Does your child require any medical equipment (wheelchair, respirator, crutches, leg braces, etc)? (¿Requiere su hijo algún equipo médico) (silla de ruedas, respirador, muletas, aparatos ortopédicos en las piernas, etc.)?

_____

_____

Race (Optional) | Raza (no se requiere)

☐ American Indian/Alaskan Native Indio (Norteamericano o nativo de Alaska)

☐ Asian (Asiático)

☐ Black/African American (Negro o Norteamericano de origen Africano)

☐ Native Hawaiian or Pacific Islander (Natural de Hawai o de otra Isla del Pácifico)

☐ White (Blanco)

☐ Other (Otro)

Ethnicity (Optional) (no se requiere)

☐ Hispanic/Latino (Hispano o Latino)

☐ Not Hispanic/Latino (Ni Hispano ni Latino)