

Trabajadoras de saluden pueden...

Ayudarle a navegar por el sistema de salud  
Conectarle a recursos (artículos para bebé, comida, ropa, etc.) Ayudarle a entender  
beneficios y servicios de su cobertura médica



DATOS DEL CLIENTE

Nombre Completo  Fecha de Nacimiento  Origen/Raza

Dirección  Ciudad, Estado, C.P.

Teléfono  Teléfono adicional

REFERIDO POR

Nombre Completo  Agencia

Teléfono  Correo

MARQUE TODOS LOS RIESGOS QUE APLIQUEN

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Consumo excesivo de alcohol/sustancias                     | <input type="checkbox"/> Legal   |
| <input type="checkbox"/> Asma   | <input type="checkbox"/> Ingresos bajos                                    |
| <input type="checkbox"/> Cuidado infantil   | <input type="checkbox"/> Asistencia con medicamentos                       |
| <input type="checkbox"/> Ropa   | <input type="checkbox"/> Obesidad/Perder peso                              |
| <input type="checkbox"/> Depresión/Salud mental                                     | <input type="checkbox"/> Inactivo físicamente                              |
| <input type="checkbox"/> Demora de desarrollo de niño                               | <input type="checkbox"/> Tobacco/Fumador                                   |
| <input type="checkbox"/> Violencia Doméstica  | <input type="checkbox"/> Estrés  |
| <input type="checkbox"/> Educación/GED  | <input type="checkbox"/> Transporte  |
| <input type="checkbox"/> Historial familiar de abuso Infantil/Involucrado con CPS   | <input type="checkbox"/> Otro: _____                                       |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes familiares de enfermedades cardíacas/Diabetes | <input type="checkbox"/> Niños de menor edad (menos de 18 años) en la casa |
| <input type="checkbox"/> Asistencia con finanzas                                    | <input type="checkbox"/> Embarazada  |
| <input type="checkbox"/> Comida   | Esperada fecha de parto: _____   |
| <input type="checkbox"/> Alojamiento  | Embarazos: _____ Nacimientos: _____  |
| <input type="checkbox"/> Seguro   |  |
| <input type="checkbox"/> Empleo   |  |

COBERTURA MÉDICA \*ES NECESARIO COMPLETAR

Medicaid  Medicare  No se sabe

Nombre del Plan: \_\_\_\_\_  Seguro Privado  Sin cobertura médica

Número del Plan: \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN ADICIONAL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Al firmar aquí abajo, doy mi consentimiento a \_\_\_\_\_ (agencia) para compartir la información mencionada con Northwest Ohio Pathways HUB para poder inscribirme en el programa.

Imprimir Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_