

# Atención de rutina/Vacunación Formulario de programa



Como miembro de Community Health Plan of Washington (CHPW), su hijo es elegible para recibir un premio por recibir atención médica.

Para ser elegible, su hijo debe cumplir con los siguientes requisitos:

- ver a su proveedor para el examen de rutina programado; Y
- tener el calendario de vacunación al día; Y
- ser miembro de CHPW en la fecha de la cita y cuando el proveedor presente el formulario.

Marque una casilla para elegir uno (1) de los siguientes premios GRATIS.

<b>Infancia (recién nacido – 11 meses):</b> <input type="checkbox"/> Kit de aseo para el bebé <input type="checkbox"/> Pañales* <input type="checkbox"/> Silla para el automóvil* <input type="checkbox"/> Termómetro <input type="checkbox"/> Seguros para armarios*	<b>Niñez temprana (12 meses – 4 años):</b> <input type="checkbox"/> Casco de bicicleta* <input type="checkbox"/> Pañales* <input type="checkbox"/> Libros para niños <input type="checkbox"/> Paquete de cuidado dental <input type="checkbox"/> Seguros para armarios* <input type="checkbox"/> Termómetro
<b>Niñez media (5 años – 10 años):</b> <input type="checkbox"/> Mochila* <input type="checkbox"/> Ropa* <input type="checkbox"/> Casco de bicicleta* <input type="checkbox"/> Paquete de cuidado dental <input type="checkbox"/> Elevador para el asiento* <input type="checkbox"/> Artículos escolares*	<b>Adolescencia (11 años – 13 años):</b> <input type="checkbox"/> Mochila* <input type="checkbox"/> Paquete de cuidado dental <input type="checkbox"/> Casco de bicicleta* <input type="checkbox"/> Artículos escolares* <input type="checkbox"/> Ropa*

*Tenga en cuenta lo siguiente: Los premios con una estrella (\*) se ofrecen en la forma de certificado de regalo.*

Por favor, rellene el siguiente formulario. La oficina de su proveedor lo enviará a CHPW. **Si es elegible, recibirá su premio por correo en el término de tres semanas. Si todavía no ha recibido su premio 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.**

Solicito y autorizo la divulgación de información de salud protegida, incluso información de salud protegida sobre la vacuna contra el HPV, a CHPW para confirmar elegibilidad para el Programa de atención de rutina Children First.

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_

Número de identificación de miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del niño: \_\_\_\_\_

Nombre del padre o tutor (letra de imprenta clara): \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

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

### Esta sección debe ser rellena por personal clínico solamente

Certifique que el paciente nombrado anteriormente tiene su calendario de vacunación al día según lo recomendado por el programa de vacunación de CDC (Centro de control y prevención de enfermedades).  Sí  No

Indique qué vacunas, si corresponde, recibió el niño durante la visita de hoy: \_\_\_\_\_

Firma del personal clínico: \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_  
(en imprenta)

#### 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