

**Qué niño participó? (Nombre del Cliente):**

\_\_\_\_\_

**Fecha de Actividad:** \_\_\_\_\_

**Agencia/Clínica:** \_\_\_\_\_

**Dirección del Cliente:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_

**Condado de Residencia:** \_\_\_\_\_

**Teléfono No:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**Método de Contacto de Preferencia: (marque todo lo que aplique)**

Llamada de teléfono

Texto

Email

Correo

No Contacto

**Programa:**

Salud Materna Infantil (MCH/M&I)

**Cobertura de Salud Primaria: (seleccione uno)**

Ninguno/Pago yo mismo

Seguro Privado

Tricare

KanCare/Medicaid

CHIP (Anteriormente HealthWave)

Medicare (cliente tiene una discapacidad)

Desconocido/No Reportado

**Cobertura de Salud Secundaria: (seleccione uno)**

Ninguno

Seguro Privado

Tricare

KanCare/Medicaid

CHIP (Anteriormente HealthWave)

Medicare (cliente tiene una discapacidad)

Desconocido/No Reportado

**Ha tenido el cliente una vista médica de rutina durante los últimos 12 meses? (Con cualquier proveedor, no solo dentro del programa)**

Si

No

Cliente no está seguro

**Tiene el niño un Hogar Médico?**

Si

No

**En caso de si, nombre del Proveedor/Clínica:**

\_\_\_\_\_

**Tamaño del Hogar: (número de personas)**

\_\_\_\_\_

**Ingreso Familiar Anual: \$** \_\_\_\_\_

**Ingreso Familiar Anual: (seleccione rango)**

Menos que \$10,000

\$10,000 a \$14,999

\$15,000 a \$19,999

\$20,000 a \$24,999

\$25,000 a \$34,999

\$35,000 a \$49,999

\$50,000 o más

No lo sé

Rechazado

**Visita en persona o virtual?**

En persona

Virtual, solo llamada telefónica

Virtual, conversación por video (Skype, Zoom, FaceTime, etc.)