

NOMBRE DEL JEFE DE FAMILIA	TELÉFONO ()	LDSS-2400 (11/98) SOLICITUD DE SERVICIOS DEL PROGRAMA DE SALUD PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES (REQUEST FOR CHILD/TEEN HEALTH PROGRAM (C/THP) SERVICES) <i>(Incluya a todos los integrantes del hogar y marque los servicios que solicita para cada uno)</i>	PARA USO EXCLUSIVO DE LA AGENCIA	Nº. DE CASO
DOMICILIO			TIPO DE SOLICITUD <input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Reapertura <input type="checkbox"/> Revalidación <input type="checkbox"/> Otra	Fecha de determinación de la habilitación Mes Día Año

Nombre de la persona	Número de identificación del beneficiario	Sexo		Fecha de nacimiento			Servicios C/THP				Servicios dentales				Planificación familiar		Servicios de cuidados prenatales*	
							Marcar si es menor de 21			Si el niño tiene un médico o clínica que lo atiende habitualmente, incluir nombre y domicilio	Marcar si es menor de 21			Si el niño tiene un dentista o clínica dental que lo atiende habitualmente, incluir nombre y domicilio	¿Solicita servicios?	¿Solicita ayuda para obtener servicios?	¿Solicita servicios?	¿Solicita ayuda para obtener servicios?
		¿Solicita exámenes C/THP?	¿Solicita al DSS una cita?	¿Solicita Asis. Trans.?	¿Solicita exámenes dentales?	¿Solicita al DSS una cita?	¿Solicita Asis. Trans.?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N						
M	F	Mes	Día	Año														

Autorizo al Departamento de Servicios Sociales a entregar información del programa C/THP a otras agencias/personas para la atención de mi salud y la de mi hijo(a). _____ (Firma del padre/tutor/ beneficiario)	COMENTARIOS _____ (Fecha)	FIRMA DEL JEFE DE FAMILIA _____ FIRMA DEL TRABAJADOR DE LA AGENCIA	FECHA _____ FECHA
---	-------------------------------------	--	-----------------------------

*No reemplaza al formulario LDSS-3833 de remisión de cuidados prenatales (Prenatal Care Referral Form)