



Solicitud de Servicios

Por favor escribe claramente y utilice un bolígrafo para completar este formulario

Devuelve el formulario completado en el sobre proporcionado

o por correo a:

CHI St. Joseph Children's Health
1929 Lincoln Highway East, Suite 150
Lancaster, PA 17602
P: (717)397-7625 F: (717)397-6057

Muchas familias reconocen a CHI St. Joseph Children's Health por nuestra alta calidad de servicios dentales en Lancaster por más de una década. Además de servicios dentales, nuestro programa ofrece el apoyo de familias en tener acceso y manejar servicios de salud y programas para asegurar que cada niño en Lancaster crece feliz y sano. Por favor usa este formulario para matricular a su hijo en los programas y servicios de CHI St. Joseph Children's Health. El Promotor de Salud de Niños de nuestra organización se pondrá en contacto con usted para asistir a su familia solucionar todas sus necesidades de salud de su niño.

Nombre de Niño: _____

Nombre de Padre(s)/Tutor: _____

Doy mi consentimiento para ser contactado por (marque todos que aplican):

Si NO

Teléfono de la Casa: Si NO Numero de teléfono: _____

Celular Si NO Numero de celular: _____

Teléfono del trabajo: Si NO Numero del trabajo: _____

Correo electrónico: Si NO Dirección de correo electrónico: _____

La mejor manera de contactarme: Casa Celular Trabajo Correo electrónico

Favor díganos la mejor hora para contactarle: 7AM-10AM 10AM-2PM 2PM-5PM 5PM-7PM

¿Podemos dejar un mensaje?: Si NO

¿Cómo le podemos ayudar?

- Mi hijo necesita seguro médico.
- Estoy interesado en tener acceso a servicios dentales a través de CHI St. Joseph Children's Health
- Estoy interesado en encontrar a un doctor o dentista que acepte el seguro de mi niño.
- Estoy interesado en el acceso a otros servicios de salud para mi hijo.

Yo, _____ proporcionando mi teléfono de casa, número de célula, número de trabajo, y/o dirección de correo electrónico, consiento en recibir comunicación de CHI St. a Joseph Children's Health a cualquier teléfono de casa, número de célula, número de trabajo, correo electrónico o otra comunicación electrónica que proporcione o que más tarde adquiere para mí. Proveerle con mi información de contacto no es una condición de recibir servicios de asistencia médico.

Firma de Padre(s)/Tutor

Fecha