



Fecha: \_\_\_\_\_

Account #: \_\_\_\_\_

### ¡Estamos aquí para ayudar!

Gracias por llenar esta forma. Queremos ayudarlo con problemas que lo impidan a usted o su familia a obtener cuidado médico. Usted puede recibir una llamada de un Navegador de Salud si marca alguno de los recursos a continuación. Este servicio es gratis.

Nombre del Paciente: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Nombre de quien llena la forma: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Relación al Paciente: <input type="checkbox"/> Mismo <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardián Legal <input type="checkbox"/> Otro: _____	

1. ¿Todos en su familia tienen seguro médico?  Sí  No\*
2. \*¿Hay alguna razón por la cual usted o su familia no han podido ver a un proveedor de salud?  
 Dinero  Transportación  No Seguro Medico  Otro: \_\_\_\_\_
3. \*¿Se le agota el dinero para cubrir los gastos mensuales cómo?  
 Renta  Utilidades  Cuidado Infantil  Seguro Medico  Medicamentos  Otro: \_\_\_\_\_
4. En los últimos 12 meses, nos preocupamos que se agotara la comida antes de obtener dinero para comprar más.  
 A Menudo\*  En Ocasiones\*  Nunca Cierto
5. En los últimos 12 meses, la comida que compramos no fue suficiente y no teníamos dinero para comprar más.  
 A Menudo\*  En Ocasiones\*  Nunca Cierto
6. ¿Recibe asistencia de comida del estado ahora? (Estampillas, SNAP)?  Sí  No\*
7. Me gustaría ayuda para solicitar asistencia alimentaria.  Sí\*  No

**Me gustaría obtener información sobre estos recursos médicos:**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Prescripciones de bajo costo *         | <input type="checkbox"/> Asesoramiento *                                 | <input type="checkbox"/> Visión / exámenes de la vista *              |
| <input type="checkbox"/> Ayuda para encontrar un especialista * | <input type="checkbox"/> Ayuda en negociar y entender facturas médicas * | <input type="checkbox"/> Información sobre estilo de vida saludable * |
| <input type="checkbox"/> Cuidado dental *                       |  | <input type="checkbox"/> Información sobre un problema de salud       |

**Me gustaría obtener información sobre estos recursos de la comunidad:**

- |   |                                     |  |
|---|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Cuidado de niños * | <input type="checkbox"/> Ropa *     | <input type="checkbox"/> Transporte *          |
| <input type="checkbox"/> Ayuda legal *      | <input type="checkbox"/> Vivienda * | <input type="checkbox"/> Bancos de alimentos * |

**Me gustaría ayuda para solicitar estos programas de beneficios:**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Medicaid/ CHP+/ Seguro Medico*      | <input type="checkbox"/> TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas - Asistencia en Efectivo)* | <input type="checkbox"/> CCAP (Asistencia de Cuidado Infantil en Colorado)* |
| <input type="checkbox"/> WIC (Mujeres, Infantiles, y niños)* | <input type="checkbox"/> Climatización del hogar *  | <input type="checkbox"/> Transportación de Medicaid No Emergente (NEMT)*    |
|  | <input type="checkbox"/> LEAP (Asistencia energética)*  |   |

**Sólo para uso de la oficina:**  res given  res mailed  entered into ecw  CCMR locked #\*=: \_\_\_\_\_

Left voicemail: \_\_\_\_\_ Left voicemail: \_\_\_\_\_