

**FORMULARIO DE NUEVA REMISIÓN AL
PROGRAMA PARA PERSONAS CON IMPEDIMENTOS GENÉTICOS (GHPP)**

Fecha: _____

Información sobre el cliente

Nombre: _____ Fecha de nac.: _____ Sexo: M ___ F ___

Condicion genetica que califica para el programa GHPP: _____

Dirección residencial:

No. de Seguro Social: _____
(Opcional)

No. de Medi-Cal: _____

No. De Medi-Care: _____

Dirección postal:

Otra cobertura de salud:
(Médica) _____

(Vista) _____

No. de teléfono: _____

(Dental) _____

Nombre y apellido de soltera de la madre: _____

Lugar de nacimiento: (ciudad, condado, estado/país)

Persona o entidad que lo remite: _____

No. de teléfono: _____

Fax: _____

SÓLO PARA USO DE LOS SERVICIOS PARA LOS NIÑOS DE CALIFORNIA (CCS)

Condado: _____

No. de CCS del niño: _____

Persona de contacto: _____

Centro de Cuidados Especiales del niño:

No. de teléfono: _____

No. de fax: _____

Adjuntos (marque lo que corresponda)

Informes SCC anuales más recientes

Resultado de la prueba del ADN o de otra prueba que confirme el problema médico que lo califica para el GHPP

Información sobre futuras operaciones o trasplantes

Envíe un fax al GHPP, al 916-327-1112

La información solicitada en este formulario es requerida por el Departamento de Servicios de Atención de la Salud, División de Servicios Médicos para Niños, Unidad GHPP para los fines de identificación y procesamiento de la inscripción. No proporcionar la información solicitada podría resultar en demoras en la inscripción en el GHPP.