

**SERVICIOS DE NIÑOS DE CALIFORNIA
INFORMACIÓN DE SEGURO DE SALUD**☐ Seguro Médico
☐ Seguro Dental

Nombre del paciente	Número de CCS	Condado
---------------------	---------------	---------

Tipo de plan de seguro (indique uno)

☐ Médico principal ☐ Organización Proveedora Preferida (PPO) ☐ Organización de Cuidado de Salud (HMO)

1. Nombre del plan de seguro	Número de grupo/ID de plan	Fecha de vigencia del plan
Dirección de la oficina de reclamo (número, calle)	Ciudad	Estado
	Código postal	Número de teléfono ()
2. Nombre del asegurado	Número de seguro social	
Dirección (número, calle)	Ciudad	Estado
		Código postal
3. Empleador del asegurado	Número de teléfono ()	
Dirección (número, calle)	Ciudad	Estado
		Código postal
4. Nombre del sindicato	Número local	
Dirección (número, calle)	Ciudad	Estado
		Código postal

DESCRIPCIÓN DE LOS BENEFICIOS DE SEGURO

Cuidado Profesional del Niño (Cantidad Máxima)			Cuidado de Hospital del Niño (Cantidad Máxima)	
	Cobertura			Grado
	Sí	No		
5. Visitas de oficina	☐	☐	\$	13. Cuarto y comida ☐ Sí ☐ No \$ _____ diario por _____ días 14. Servicios de hospital diversos \$ _____ 15. Limitaciones:
6. Paciente externo, rayos x, laboratorio	☐	☐	\$	
7. Cirugía	☐	☐	\$	
8. Cirugía auxiliar	☐	☐	\$	
9. Anestesia	☐	☐	\$	
10. Visitas de hospital	☐	☐	\$	
11. Otro	☐	☐	\$	
12. Limitaciones:				

16. Beneficios extensos o médicos principales ☐ Sí ☐ No			
Prescripciones	☐ Sí ☐ No	Reparaciones de aparato	☐ Sí ☐ No
Anteojos/reparación	☐ Sí ☐ No	Prótesis auditiva	☐ Sí ☐ No
Aparatos	☐ Sí ☐ No	Accesorios de prótesis auditiva	☐ Sí ☐ No
Plan dental	☐ Sí ☐ No	Otro: _____ ☐ Sí ☐ No	
Ortodoncia	☐ Sí ☐ No		

17. Deducible \$ _____ al _____ % por ☐ Año civil ☐ Año de beneficio	Si es recién nacido fecha efectiva del plan _____
Si es el año de beneficio, fecha efectiva _____	

18. Beneficios máximos \$ _____ por _____	Vida del plan: ☐ Enfermedad ☐ Año
---	---

19. Yo acuerdo a reembolsar los Servicios de Niños de California cualquier ingreso incorrectamente desviado por mí. Yo acepto la Declaración Confidencial al final de este formulario.

Firma del padre o tutor legal	Fecha
Informe completado por	Título
	Fecha

DECLARACIÓN CONFIDENCIAL

La información en este formulario es requerida por el condado y estado de los Servicios de Niños de California (CCS) como parte de su solicitud para asistencia, ya que CCS no puede pagar por esa porción de los gastos los cuales son un beneficio de su recurso de seguro. La información es mantenida de acuerdo con la Sección 123800, *et seq.*, del Código de Seguridad y Salud de California. usted es requerido proporcionar la información en este formulario. Si usted no proporciona esta información, la elegibilidad para los servicios puede ser negada. Cualquier información que usted proporcione puede ser usada por las oficinas de CCS del condado y del estado, los Servicios de Salud del Departamento de California, y proveedores de servicios. Usted tiene derecho a reexaminar los expedientes mantenidos por CCS relacionados con usted. Si usted desea reexaminar estos expedientes, comuníquese con la persona responsable de los expedientes en la oficina de CCS de su condado. Apelos pueden ser dirigidos a: Branch Chief, Children's Medical Services (CMS) Branch, MS 8100, P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413 (teléfono (916) 327-1400). Después de reexaminar sus expedientes usted puede solicitar por escrito que sean corregidos o rectificados para hacerlos exactos, pertinentes y completos.