



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN SERVICIOS DE REHABILITACIÓN DE NIÑOS DEL PLAN MÉDICO AHCCCS



Por favor, devuelva la solicitud con todos los documentos que se requieran al:

Fax: 602-252-5286
 Por correo: AHCCCS-CRS Enrollment
 801 E. Jefferson St. MD 3500
 Phoenix, AZ 85034

Si tuviera preguntas, comuníquese con la Unidad de Inscripción en Servicios CRS al: 602-417-4545 ó al 1-855-333-7828

SECCIÓN 1: DATOS DE SOLICITANTE

¿Tiene plan AHCCCS el o la solicitante? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				Plan médico de AHCCCS:	
De ser así: Clave de ID de AHCCCS:		De no ser así: ¿Ya solicitó??		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Nombre de niño/a		Inicial de segundo nombre		Apellido de niño/a	
Fecha de Nacimiento		Edad	Sexo: <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña		Número de Seguro Social de niño/a
Nombre de padre, madre o representante			Apellido de padre, madre o representante		
Vínculo con niño/a: <input type="checkbox"/> padre o madre <input type="checkbox"/> padre o madre de acogida <input type="checkbox"/> tutor(a) legal <input type="checkbox"/> representante <input type="checkbox"/> otra:					
Domicilio		Población		Estado	
				Código postal	
Teléfono			Otro teléfono		
Nombre de doctor(a) de cabecera de niño/a			Teléfono		
Domicilio, población, estado y código postal			FAX		

Indique **diagnóstico y tratamiento principales**. Por favor, adjunte el archivo médico y el plan de tratamiento a esta hoja.

Diagnóstico/ Tratamiento _____

Diagnóstico/ Tratamiento _____

Diagnóstico/ Tratamiento _____

Intervenciones o procedimientos próximos: SÍ NO De ser así, fecha de intervención: _____ Tipo de intervención: _____

Nombre y teléfono de proveedor(a) que efectuará intervención: _____ / _____

Medicamentos que habrá que surtir dentro de un mes: _____ Nombre y teléfono de farmacia: _____

SECCIÓN 2: DATOS DE CANALIZACIÓN O REFERIDO

La persona canalizadora platicará del referido con los padres de familia o representantes del niño o niña que se indiquen en la Sección 1. Si se solicita apremio, sírvase comunicarse con la Agencia de Inscripción de CRS de AHCCCS (AHCCCS CRS Enrollment).

Nombre y apellido de persona canalizadora		Domicilio, población, estado y código postal		Teléfono	
Vínculo con niño/a: <input type="checkbox"/> padre o madre <input type="checkbox"/> tutor(a) legal <input type="checkbox"/> proveedor(a) médico/a <input type="checkbox"/> trabajador(a) social					
<input type="checkbox"/> niño/a por cuenta propia <input type="checkbox"/> contratista de AHCCCS <input type="checkbox"/> otra:					

SECCIÓN 3: AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR DATOS (RELLENARÁ PADRE, MADRE O REPRESENTANTE)

El plan AHCCCS no podrá divulgar datos acerca de la inscripción de un niño o una niña en los servicios CRS sin la autorización firmada del padre, la madre o la persona representante que se indique en la sección 1. Por favor, indique los datos para comunicarse con el o la proveedor(a) médico/a o entidad canalizadora y firme al calce para autorizar al plan AHCCCS a divulgar datos acerca de la decisión que tomen los servicios CRS del plan AHCCCS.

Nombre de proveedor(a) médico/a o entidad canalizadora		Teléfono		FAX	
Domicilio		Población		Estado	
				Código postal	

Por la presente yo, _____ (nombre y apellidos de padre, madre o representante indicado/a en Sección 1) autorizo a la agencia de Servicios de Rehabilitación de Niños (*Children's Rehabilitative Services/CRS*) de plan médico *Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS)* a divulgar cualesquiera datos al/a la proveedor(a) médico/a indicada tocante a recibir la solicitud para los servicios de la agencia CRS, el tiempo que tardará en tramitarse dicha solicitud y la determinación definitiva tocante a _____ (nombre completo de niño/a).

 Firma de padre, madre o representante

 Fecha