



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? De ser así: Clave de ID de AHCCCS:		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Plan médico 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: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO De ser así, fecha de intervención:		Tipo de intervención:	
Nombre y teléfono de proveedor(a) que efectuará intervención: /		Nombre y teléfono de farmacia:	
Medicamentos que habrá que surtir dentro de un mes:			
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 (<i>Children's Rehabilitative Services/CRS</i>) de plan médico <i>Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS)</i> 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	