



Planilla de información para apoyo familiar

Consumidor: _____ Fecha: _____

Código de cliente (solo para uso administrativo): _____ Género: _____ Fecha de nacimiento: _____

Raza (opcional): _____ Idioma principal: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Teléfono particular: _____ Teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____

Médico de atención primaria: _____

Diagnóstico principal: _____ Diagnóstico: _____

Diagnóstico: _____ Diagnóstico: _____

Diagnóstico: _____ Diagnóstico: _____

(Healthy Kids Gold)

N.º de Medicaid de NH: _____

Selección de Organización de Administración de Servicios (Managed Care Organization, MCO): _____

Ocupantes del hogar:

Nombre	Parentesco	Género	Raza*	Idioma principal	Fecha de nacimiento
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

**El campo Raza es opcional*

Contacto	N.º del trabajo	Teléfono celular	Corre
1.			
2.			