



# KDHE Formulario de Programa de Visitas – Infante/Niño/Adolescente

**Qué niño participó? (Nombre del Cliente):** \_\_\_\_\_

**Fecha de Actividad:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Agencia/Clínica:** \_\_\_\_\_

**Dirección del Cliente:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_

**Condado de Residencia:** \_\_\_\_\_

**Teléfono No:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**E-mail:** \_\_\_\_\_

**Método de Contacto de Preferencia: (marque todo lo que aplique)**

- Llamada de teléfono
- Texto
- Email
- Correo
- No Contacto

**Programa:**

- Salud Materna Infantil (MCH/M&I)

**Cobertura de Salud Primaria: (seleccione uno)**

- Ninguno/Pago yo mismo
- Seguro Privado
- Tricare
- KanCare/Medicaid
- CHIP (Anteriormente HealthWave)
- Medicare (cliente tiene una discapacidad)
- Desconocido/No Reportado

**Cobertura de Salud Secundaria: (seleccione uno)**

- Ninguno
- Seguro Privado
- Tricare
- KanCare/Medicaid
- CHIP (Anteriormente HealthWave)
- Medicare (cliente tiene una discapacidad)
- Desconocido/No Reportado

**Ha tenido el cliente una vista médica de rutina durante los últimos 12 meses? (Con cualquier proveedor, no solo dentro del programa)**

- Si
- No
- Cliente no está seguro

**Tiene el niño un Hogar Médico?**

- Si
- No

**En caso de si, nombre del Proveedor/Clínica:** \_\_\_\_\_

**Tamaño del Hogar: (número de personas)** \_\_\_\_\_

**Ingreso Familiar Anual: \$** \_\_\_\_\_

**Ingreso Familiar Anual: (seleccione rango)**

- Menos que \$10,000
- \$10,000 a \$14,999
- \$15,000 a \$19,999
- \$20,000 a \$24,999
- \$25,000 a \$34,999
- \$35,000 a \$49,999
- \$50,000 o más
- No lo sé
- Rechazado

**Visita en persona o virtual?**

- En persona
- Virtual, solo llamada telefónica
- Virtual, conversación por video (Skype, Zoom, FaceTime, etc.)